

أيه. بي. دن إكستر

# قانون دولى للرعاية الصحية

التضامن والعدالة فى مجال الرعاية الصحية

مراجعة  
محمود خيال

ترجمة  
أحمد زكى أحمد  
علاء غنام

2448





يستكشف كتاب "القانون الدولي للصحة: التضامن والعدالة في الرعاية الصحية" القيم المعيارية المحددة لمعالم النظم الصحية من المنظور المحلى والدولى. تم دعوة أكاديميين كبار من أنحاء العالم لتفسير العناصر الرئيسية للنظم الصحية وشرحها، وتقديم تحليل للقضايا المعاصرة والعوامل الرئيسية التي تصوغ شكل الرعاية الصحية، وفي الوقت نفسه تأخذ في اعتبارها المبادئ التي تسمح بالوصول إلى الرعاية الصحية وتصورات العدالة والتضامن، وقد تم صياغتها كأعراف معاهدة دولية، تفسر وتلون معنى الحق الأصيل في الرعاية الصحية.

يستطيع الكتاب- في النهاية- المساهمة في تخفيض أشكال التفاوت الصحى وتدعيم النظم الصحية بشرحه للسياق المحلى والعولمى للنظم الصحية المعاصرة بمعايير الوصول للرعاية الصحية والتضامن والعدالة.

# قانون دولى للرعاية الصحية

التضامن والعدالة فى مجال الرعاية الصحية

المركز القومي للترجمة  
تأسس في أكتوبر ٢٠٠٦ تحت إشراف: جابر عصفور  
مدير المركز: أنور مغيث

- العدد: 2448
- قانون دولي للرعاية الصحية: التضامن والعدالة في مجال الرعاية الصحية
- أيه. بي. دن إكستر
- أحمد زكى أحمد، وعلاء غنام
- محمود خيال
- اللغة: الإنجليزية
- الطبعة الأولى 2016

هذه ترجمة كتاب:

INTERNATIONAL HEALTH LAW:

Solidarity & Justice in Health Care

Edited by: A.P. den Exter

Copyright © 2008, Maklu-Publishers

Arabic Translation © 2016, National Center for Translation

All Rights Reserved

---

حقوق الترجمة والنشر بالعربية محفوظة للمركز القومي للترجمة  
شارع الجبلية بالأوبرا - الجزيرة - القاهرة. ت: ٢٧٣٥٤٥٢٤ فاكس: ٢٧٣٥٤٥٥٤  
El Gabalaya St. Opera House, El Gezira, Cairo.  
E-mail: nctegypt@nctegypt.org Tel: 27354524 Fax: 27354554



# قانون دولى للرعاية الصحية

التضامن والعدالة فى مجال الرعاية الصحية

تحرير: أيه. بى. دن إكستر  
ترجمة: أحمد زكى أحمد  
علاء غنام  
مراجعة: محمود خيال



2016

دار الكتب المصرية  
فهرسة أثناء النشر إعداد إدارة الشؤون الفنية



قانون دولى للرعاية الصحية: التضامن والعدالة فى مجال الرعاية الصحية /  
تحرير آيه . بى . دن إكستر؛ ترجمة أحمد زكى أحمد، علاء غنام؛ مراجعة  
محمود خيال. - القاهرة: المركز القومى للترجمة، ٢٠١٦.  
عدد الصفحات: ٣٩٢ صفحة.

المقاس: ١٧ x ٢٤ سم.

تدمك ٢ ٧٢٩ ٩٢٠ ٩٧٧ ٩٧٨

١ - الرعاية الصحية - قوانين وتشريعات

أ- إكستر، آيه. بى. دن (محرر)

ب - أحمد، أحمد زكى (مترجم)

ج - غنام، علاء (مترجم مشارك)

د- خيال، محمود (مراجع)

٣٤٢،٠٣٢١

رقم الإيداع
٢٠١٦ / ١٤٦٠٠

مطبع الأهرام التجارية - قلوب

تهدف إصدارات المركز القومى للترجمة إلى تقديم الاتجاهات والمذاهب الفكرية  
المختلفة للقارئ العربى وتعريفه بها، والأفكار التى تتضمنها هى اجتهادات أصحابها  
فى ثقافتهم، ولا تعبر بالضرورة عن رأى المركز

# المحتويات

مدخل، أندريه دن إكستر André den Exter ..... 7

## الجزء الأول: قانون المعاهدات الدولي والوصول إلى الرعاية الصحية

الفصل الأول: الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية: الرعاية الصحية وفقاً لأدوات قانون

الأمن الاجتماعي الدولي والأوروبي، بول شوكينز Paul Schoukens ... 23

## الجزء الثاني: أوروبا: التضامن والعدالة في الرعاية الصحية

الفصل الثاني : معنى «العدالة» و«التضامن» في الرعاية الصحية، مارتن بوييسن

73 ..... Martin Buijsen

الفصل الثالث : التقاضي من أجل الوصول إلى الرعاية الصحية في هولندا: تحديات

قانون المعاهدات الدولية، أندريه دن إكستر، André den Exter ..... 91

الفصل الرابع : التضامن والحقوق والرفاهة الاجتماعية في نظام الخدمات الصحية

الوطني (NHS): مقاومة مد أخلاقيات علم الأحياء، كريستوفر نيودايك

125 ..... Christopher Newdick

## الجزء الثالث: الحصول على الرعاية الصحية في أمريكا الشمالية والجنوبية

الفصل الخامس : حقوق الرعاية الصحية في كندا: ميراث قضية كاولي Chaoulli Legacy،

كولين فلود وسوبيت خافيير Colleen Flood and Sujith Xavier ..... 147

الفصل السادس : الوصول إلى الرعاية الصحية في الولايات المتحدة: مفاهيم متضاربة عن العدالة

و قليل من التضامن، تيموثي سولجفوس جوست Timothy Stoltzfus Jost ..... 185

الفصل السابع : الصحة في شيلى: هل تبذل الحكومة ما في وسعها لتحقيق العدالة

الاجتماعية، سيلفيا بورثوتسكا Silvia Borzutzky ..... 201

## الجزء الرابع: إفريقيا والحق في علاج الإيدز

الفصل الثامن : العدالة والتقاضى: التقدم بالعدالة والتضامن من خلال حقوق مواطني

جنوب إفريقيا في التشريعات الصحية، ليزا فورمان Lisa Forman ... 221

الفصل التاسع : الأثر طويل المدى للتوسع في علاج فيروس الإيدز (ART) على إضعاف/

تقوية النظم الصحية في إفريقيا جنوب الصحراء: العدالة والمبررات،

ستيفاني نيكسون ونينا فينسترا Stephanie Nixon and Nina Veenstra .... 249

## الجزء الخامس: أستراليا وآسيا

الفصل العاشر: صراع القيم المستمر في نظام الرعاية الصحية الأسترالي، ستيفان

دوكيت Stephan Duckett ..... 275

الفصل الحادي عشر : الإصلاح الصحي في الصين: هوية قطاع عام وسلوكيات قطاع

خاص: الأسباب والنتائج والعلاج، فيفيان لين وهوانجوين جاو

Vivian Lin and Hongwen Zhao ..... 313

الفصل الثاني عشر: الوصول إلى الرعاية الصحية في كوريا، مينه كانج كيم Minah Kang Kim .... 337

المراجع: ..... 375



## مدخل

### أندريه دن إكستر

#### القانون الدولي للصحة، التضامن والعدالة في الرعاية الصحية

في القرن الواحد والعشرين، تظل مشاكل الرعاية الصحية المركبة دون حل. تهيمن على الجدل المعاصر قضايا التعارض ما بين المصالح العامة والحقوق الفردية، ونشوء واتساع أزمت الصحة العامة في البلدان منخفضة الدخل، وتحديات اللوائح التنظيمية لأنشطة أعضاء المهن الصحية وتأثيرات العولمة على (نظم رعاية) الصحة. وبشكل ما تكشف هذه المشاكل ضعف (التشريعات المنظمة لقواعد عمل) النظم الصحية في استجابتها لهذه التحديات. ولهذا، أصبح من الواجب على المدافعين عن الصحة وصناع السياسات الصحية - أكثر مما مضى - التركيز على القيم المعيارية المحددة لمعالم الرعاية الصحية.

أحدى هذه القيم الجوهرية هي الحق في الرعاية الصحية - عموماً من الممكن القبول بفكرة "الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية" (Access) كحق أصيل من حقوق الإنسان - حددت العديد من الوثائق القانونية الوطنية والعالمية كلا من محتوى ومجال مثل هذا الحق، حيث لعبت الهيئات القضائية دوراً حاسماً في تدعيم تنفيذ أحكام الدعاوى القانونية المتعلقة بالرعاية الصحية (الخاصة بالأفراد). وبينما تستفحل أزمة الصحة، تصبح قضية الفعالية والكفاءة هي تعويذة لأنواع من إصلاح النظم الصحية، التي تستهدف ضمان نظام صحي فعالاً. فإصلاحات مثل "تطبيق قوانين السوق" على نظام التأمين الصحي الاجتماعي و/أو الخدمات الصحية، ممزوجة باحتياج متزايد من المريض للرعاية الطبية مع شح الموارد (المالية)، ومن ثم، الحاجة إلى وضع اختيارات ميدان الرعاية الصحية في سلم أولويات. تفرض مثل هذه الأوضاع تحدياً

أمام العناصر الرئيسية للنظام الصحي القوي: الحق في الرعاية الصحية<sup>(١)</sup>. والأمر المهم هنا هو تمييز الحق في أنه الحق في أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه كقيمة يركز عليها بناء نظام صحي متكامل وسهل الوصول إليه (ص ٦).

فكرة الوصول إلى الرعاية، عند تفسيرها بالقدرة "المتساوية" على الوصول إلى منشآت الرعاية الصحية الضرورية، تثير عددًا من الأسئلة الجوهرية المتنوعة، مثل كيف نفسر القدرة المتساوية على الوصول؟ بشكل واضح، القدرة المتساوية تتضمن غياب أي تمييز ظالم ولكنها ليست مرادفة للمساواة المطلقة<sup>(٢)</sup>.

تقضي ضمنا "القدرة المتساوية على الوصول" أنك تحصل فعليًا على درجة ضرورية من الرعاية الصحية، ولكن عندئذ ما الذي نستطيع اعتباره ضرورياً، ومن الذي يقرر ذلك؟ طبقاً للتقرير التفسيري لاتفاقية الطب الحيوي Biomedicine Convention، يجب أن تتوافق القدرة المتساوية على الوصول إلى الرعاية الصحية مع الاحتياجات "الطبية" للشخص<sup>(٣)</sup>. وهذا يستدعي أن يرجع ذلك إلى قرار الطبيب المعالج لما هو ضروري في كل حالة فردية، بناءً على المعايير الطبية والمعايير التي يمكن استخلاصها طبياً بشكل صرف. يفرض مفهوم القدرة المتساوية أيضاً التضامن مع الشخص الذي تنشأ لديه الحاجة. ومع ذلك، في حالة اللاجئين غير الشرعيين والفئات الضعيفة الأخرى، القدرة المتساوية على الوصول أو التضامن مع هؤلاء الذين تنشأ لديهم احتياجات طبية، هو أمر غير مقبول بشكل عام. ففقدرة اللاجئين على

---

(1) Social Human Rights Council, Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights. Report of the special reporter on the right to everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, A/HRC/7/11, 31 January 2008.

(2) Explanatory report. Convention for the protection of Human Rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine. Oviedo 4.IV.1997, ETS No. 164 (Convention on Human Rights and Biomedicine), as confirmed by the Special reporter's report ... 'responsive to the particular health needs', p. 11-12.

(3) Ibid.

الوصول إلى الرعاية الصحية يقيدها القانون الوطني ، وغالبا ما يتم تفسيرها على أنها القدرة على الوصول إلى رعاية حالات الطوارئ العاجلة فقط . ولذلك ، لا يمتد مفهوم التضامن في الرعاية الصحية ليعطي التضامن "الأممي" ، أو على الأقل ، لا يصل إلى نفس المدى .

ولكن حتى على المستوى الوطني تقع فكرة التضامن تحت ضغوط . تقليديا يقوم التضامن في تمويل الرعاية الصحية على أساس (مزيج من) الدخل و تربيّات التضامن في حالة المخاطر . ومع ذلك الاهتمام المتزايد بإدخال عناصر السوق في كل من عمليات تمويل وتقديم خدمات الرعاية الصحية ، والجدل المستمر حول آليات الدفع الشخصية ، وإخراج قائمة الخدمات الطبية من حزم التأمين الاجتماعي ، والجدل حول اشتراكات التأمين الابتدائية المتعلقة بنمط الحياة واقتراحات مبادرات الادخار الشخصية (الإضافية) مثل حسابات التوفير الطبية (Medical Saving Accounts) ، كل ذلك يعكس بوضوح تغييرا في صورة التضامن من التضامن غير المشروط بين الغرباء (Solidaritat zwischen Fremden) إلى مفهوم أكثر تقييدا أو نمط مشروط من التضامن<sup>(٤)</sup> . سواء تماشى مثل هذا التطور مع قانون الأمن الاجتماعي الدولي أم لا ، تظل تلك مسألة مرئية لنا مع الوقت .

يشير التضامن بوصفه شرطا للقدرة "المتساوية" على الوصول للرعاية الصحية ، إلى فكرة العدالة (الاجتماعية) ، وتقضي فكرة العدالة الاجتماعية ضمنا إعادة توزيع السلع المنتجة ، حيث يتطلب التمييز في المعاملة تبريرا . راولز (Rawls) في كتابه "A Theory of Justice" ، دافع عن التفاوت في العلاج (الطبي) بناء على مبدأ الاختلاف ، الذي يمكن به تبرير التفاوت إذا ما كان هذا التباين مصمما لجلب - وهو يجلب فعليا - أعظم فائدة ممكنة للآخرين الأسوأ وضعاً<sup>(٥)</sup> .

(٤) كما افترضه مجلس الدولة الهولندي في تقريره، بعنوان:

'Tenable solidarity in health care systems'(in Dutch), Signalementen RVZ Zoetermeer, 2005 .

(5) J. Rawls, A Theory of Justice (Oxford: Oxford University Press, 1971), p. 105-106.

ومع ذلك النظرية الأكثر قبولاً هي تلك التي طورها "فالتزير (Walzer)"، الذي ينادي بأن تنويع السلع المُنتجة تتطلب معايير توزيع مختلفة (مثلاً، الحلوى المقدمة بعد الوجبات العظيمة، المؤهلات، الاحتياج، الولاء السياسي، التبادل الحر)، وهي أمور لا تتعايش مع بعضها بسهولة. تبحث العدالة التوزيعية عن المبادئ الداخلية لكل معيار توزيعي<sup>(٦)</sup>. في داخل مجال الرعاية الصحية (الأمن والرفاهة)، الحاجة هي المعيار التوزيعي، المشتق عن المبدأ الماركسي الشهير: "لكل حسب احتياجه، ومن كل حسب قدرته"، الذي روجع في صورة: من كل حسب قدرته (أو موارده) إلى كل حسب احتياجاته المعترف بها اجتماعياً (ص ٩١). هذه الاحتياجات المعترف بها اجتماعياً تقوم على أساس القيم المشتركة بين الاحتياجات والصحة. وحيث إن احتياجات الفرد غير محدودة، قامت اتفاقية الطب الحيوي (Biomedicine Convention) توا بشرح الاحتياجات بأنها الاحتياجات "الطبية"، بمعنى أن الطبيب المعالج هو الذي يقرر شكل التفاوت في الوصول إلى الرعاية الصحية، بناء على المعايير الطبية والمعايير القياسية للمهنة. وحيث إن الموارد شحيحة، يجب اتخاذ اختيارات صعبة لوضع قوائم للخدمات الصحية أو شطبها من تلك القوائم، ويجب أن تكون اختيارات سياسية. ومن هنا نشأت فكرة خضوع الاحتياج للتحديد السياسي (ص ٦٧)، ووضع معالم تفصيلية لحدود مجال الرعاية الصحية. وعندما نصنع ذلك، تصبح وظيفة الوثائق القانونية متعددة الأطراف مثل اتفاقيات الحقوق الاجتماعية (social rights conventions) واتفاقيات المعايير القياسية الدنيا (minimum standards conventions) هي كونها أدوات وضع معايير قياسية في عملية صنع قرارات السياسة الصحية (كما شرحها شوكنيز (Schoukens) في مساهمته "الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية: الرعاية الصحية طبقاً لأدوات قانون الأمن الاجتماعي الأوروبي والدولي").

(6) M. Walzer, Spheres of Justice: a defense of pluralism and equality, (New York: Basic Book, 1983, p. 4).



## القانون الدولي الموضوعي للصحة

يستكشف كتاب "قانون دولي للرعاية الصحية: التضامن والعدالة في مجال الرعاية الصحية" القيم المعيارية المحددة لمعالم النظم الصحية من المنظور المحلي والدولي. تم دعوة أكاديميين كبار من أنحاء العالم لتفسير وشرح العناصر الرئيسية للنظم الصحية، وتقديم تحليل للقضايا المعاصرة والعوامل الرئيسية التي تصوغ شكل الرعاية الصحية، وفي نفس الوقت تأخذ في اعتبارها المبادئ التي تسمح بالوصول إلى الرعاية الصحية. تصورات العدالة والتضامن، وقد تم صياغتها كأعراف معاهدة دولية، تفسر وتلون معنى الحق الأصيل في الرعاية الصحية.

يستطيع كتاب "قانون دولي للرعاية الصحية" (في النهاية) المساهمة في تخفيض أشكال التفاوت الصحي وتدعيم النظم الصحية بشرحه للسياق المحلي والعالمي للنظم الصحية المعاصرة بمعايير الوصول للرعاية الصحية (access) والتضامن والعدالة.

تحليل المشاكل الناشئة والمتسعة (مثل مبادرات القطاع الخاص المتزايدة في أسواق الرعاية الصحية وتأثيراتها على القدرة المتساوية على الوصول، وهموم حقوق الإنسان وإصلاحات النظام الصحي...) (إلخ) يُظهر علاقة واضحة بالمبادئ الصحية، على سبيل المثال فالنظام الصحي الذي يمارس تمييزاً ضد أفراد أو فئات خاصة يتصادم مع أفكار العدالة ومبادئ المساواة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. وحتى بالمزيد، يكشف التحليل أن إصلاحات النظم الصحية وحقوق الرعاية الصحية تعتمد بعضها على بعض، حيث لا يمكن النجاح في تحقيق أحدهما دون أخذ البعد الآخر في الحسبان<sup>(٧)</sup>. تُمكن تلك المخرجات البحثية حول إصلاحات النظم الصحية صناع السياسة الصحية من إعادة صياغة استراتيجيات الإصلاح الابتدائية حيثما كان ذلك ضرورياً.

ثانياً: قد يكون تحليل تشريعات الوصول إلى الرعاية الصحية أمراً وثيق الصلة بالمدافعين القانونيين عن قضايا الصحة في نظم قانونية أخرى، عندما تواجههم نواحي القصور في النظم الصحية وأشكال عدم المساواة في شئون الصحة.

---

(٧) كما تأكد ذلك في تقرير مجلس حقوق الإنسان، الهامش رقم ١.

يستطيع المرء وهو مدرك جيداً للدور المحدود في تحسين المستويات الصحية القياسية وتخفيض صور التباين في مجال الصحة - أن يتساءل عن جدوى تركيز بؤرة الاهتمام على الرعاية الصحية. فعلياً، يظل الفقر السبب الأكبر للمرض، ولكن الفقر يعتبر أيضاً عاملاً يتجاوز السيطرة المباشرة للطب والرعاية الصحية<sup>(٨)</sup>. دون شك يجب أن تظل محاربة الفقر واحدة من الأهداف المتقدمة<sup>(٩)</sup>. ورغم ذلك لا يوجد سبب يجعلنا لا نلتزم بتحقيق نظام صحي يصل لكل واحد من الناس، السليم والمريض، الغني والفقير. وهذا هو السبب الذي جعل المؤلفين الذين ساهموا في هذا الكتاب يقلصون من مفهوم الصحة ويقصرونه في كتابتهم على الرعاية الصحية<sup>(١٠)</sup>.

### بنية الكتاب

يضم الجزء الأول من الكتاب نماذج قانونية لمختلف جوانب القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية. وترتبط فصول هذا الجزء بالاهتمام بهذا الحق الأساسي في كل عناصره، بداية من عرض صور المنظور الدولي لمبدأ الوصول إلى الرعاية الصحية ثم تغطية نماذج مختلفة لإصلاح النظم الصحية والوصول إلى الرعاية، كما يعالج الجزء الأول المفاهيم المختلفة للتضامن والعدالة كجزء من دراسة خبرات الدول المختلفة، حيث يُقدم الباحثون مساهمات متميزة وقيمة، إضافة للجدل المحلي والعالمي حول الجوانب القانونية للسياسات الصحية التي تضمن القدرة المتساوية على الوصول إلى الرعاية الصحية في مواجهة مفاهيم السوق واتجاهات النظر إلى المريض باعتباره مستهلكاً أو عميل خدمة!

---

(٨) نرصد هنا صدى أقوال رواد القرن التاسع عشر في الطب الاجتماعي مثل هنري سيجريست (Henry Sigerist)، المذكورة في:

Inequalities in Health. Report of a research working group (the Black report), the Department of Health and Social Security (DHSS), UK, 1980, p. 3.

(٩) حول إدراك المنافع المشتركة للتقدم الاقتصادي على تحسين الصحة، انظر:

B. Mason Meier and A.M. Fox. "Development as Health: Employing the Collective Right to Development to Achieve the Goals of the Individual Right to Health." HRQ 30.355-259 (2008).

(١٠) نحن نرجع صدى هنري سيجريست أحد رواد الطب الاجتماعي في القرن التاسع عشر.

Report of a research working group (the Black report), published by the Department of Health and Social Security (DHSS), UK, 1980, p. 3.

يبدأ الكتاب بفحص القوام القانوني للحق في الوصول إلى الرعاية الصحية في إطار القانون الدولي يقدمه بول شوكينز ، حيث يؤكد أهمية تحقيق القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في إطار كل من القانون الدولي للأمن الاجتماعي ، والقوانين الدولية لحقوق الإنسان التي تضع عادة الحد الأدنى للأمن الاجتماعي والحماية من المخاطر ، مما يشمل القدرة على الوصول للرعاية الصحية وتدعيم التوافق مع نظم الرعاية الاجتماعية من خلال احترام هذه الاتفاقيات والقوانين ، وإعادة التفكير في وضع معايير آليات المشاركة لقياس القدرة على الوصول ومخرجات الرعاية الصحية . تركز المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان الالتزامات القانونية على الدول لاحترام وحماية تلك الحقوق كما يتضح من الحالات القانونية ، حيث تمارس السلطات القضائية قياس توافق معايير الأمن الاجتماعي مع مبادئ حقوق الإنسان (مثل: احترام الخصوصية والحياة الأسرية ومنع المعاملة غير الإنسانية والحفاظ على الملكية العامة) . وما يجعل البعض مشجعا لهذا التوجه العملي للسلطة القضائية هو أن السلطة القضائية تضع هكذا أسس العلاقة بين الحقوق الفردية والحقوق الاجتماعية وما يُثمر عن ذلك من نتائج . وتستمر تساؤلات ”بول شوكينز“ حول قدرة القضاء على تحديد الطبيعة الخاصة لمنظومة الحقوق الجماعية مثل: إعادة توزيع مخصصات الصحة بين المواطنين من منظور الاهتمام الجمعي بذلك .

ويغطي الجزء الثاني من الكتاب: مشاركات متعددة تركز على نظامين صحيين في أوروبا ، يعتبران نموذجين مختلفين تماما ، نظام التأمين الصحي الاجتماعي في هولندا ، ونظام الخدمات الصحية الوطني في المملكة المتحدة . وعبر مداخل متعددة يؤكد المشاركون على البعد الجماعي ([بوييسن/نيودايك Martin Buijsen/Christopher Newdick]) والبعد الفردي (دن إكستر [André den Exter]) في القدرة على الوصول للرعاية الصحية . ولسنا في حاجة إلى القول إنه بسبب تنوع النظم الصحية في أوروبا ، فإن مخرجات هذين النظامين - كما شرحناهما لا تعكس بالضرورة المقاربة الأوروبية للعدالة والتضامن في الرعاية الصحية .

يجادل مارتن بوييسن (Martin Buijsen) حول تفسير العدالة والتضامن في الرعاية الصحية باعتبارهما مُكوّنًا قويا من مكونات قطاع الرعاية الصحية، فالعدالة كما ذكرها أرسطو قديما تتعلق بالمساواة، فالعدالة تخدم فكرة المساواة - وعلى وجه الخصوص للضعفاء والمعوّزين، ومن ثم تتضح أهمية عملية توزيع الرعاية الصحية استنادا إلى الاحتياج وليس القدرة المالية، واتساقا مع نظرية "فالزير" في مجال العدالة. ويحلل "بوييسن" مفهوم العدالة في الرعاية الصحية من خلال مثال الإصلاح الصحي الذي تم مؤخرا في هولندا. وكمثال على ذلك إدخال مدفوعات إضافية يتحملها المريض والتي تُسمى إعادة التمويل دون مطالبات - وتقديم نقاط تحفيز للمتبرعين بالأعضاء البشرية، وترتيبات أولويات العلاج التي تتزايد في ظل ندرة الموارد والجدل حول عدالة التوزيع، وضرورة اللجوء إلى إجراءات مؤلمة لا يمكن تجنبها وهكذا يتصاعد الجدل الأخلاقي! وحسب مقتطف من "مارتن بوييسن" يشرح فيه العلاقة مع التضامن، "ليس من الخطأ ربط التضامن من منظور معياري بالعدالة؛ لأنه يرجع إلى الواجب الديني التوراتي لرعاية الفقراء، مما يضيف إليه ضمنا قدرا من القوة، رغم الصعوبات التي تؤدي إلى اختيارات أخلاقية وسياسية مؤلمة". وفي سياق القدرة المتساوية للوصول إلى التأمين الصحي الاجتماعي - ومهما كانت الأوضاع - يطالب "بوييسن" بوضع مواصفات للاحتياجات، خاصة في جانب المزايا التي لا يمكن فصلها عن جانب الاشتراكات والمدفوعات الإضافية. لذا فهو يرى أن مشروع الإصلاح الصحي الذي يتجاهل الفصل بينهما ينتهك التضامن بشدة!!

وتتكامل المداخلة التالية "حول التفاضل والقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في هولندا، وتحديات القانون والمعاهدات الدولية" مع مقاربة "مارتن بوييسن" الفلسفية والقانونية. إذ يقوم أندريه إكستر فيها باستكشاف المساءلة القانونية للحق في الوصول إلى الرعاية الصحية بهولندا في ظل القانون الدولي - وعادة ما تُفسّر المساءلة القانونية للقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية من منظور استحقاقات التأمين الصحي الاجتماعي؛ لذا ففي سياق قانون التأمين الصحي الهولندي الجديد، يحق للمؤمن عليه أن يُقاضى نوع الرعاية التي يستحقها من مقدم الخدمة المتعاقد



معه . وفي التحليل يتضح مفهوم الحق في الرعاية الصحية في إطار القانون الدولي ، ومعاييرته التي تشمل لوائح تنظيم التجارة في الاتحاد الأوروبي التي تُستخدم مثلاً لتدعيم الحقوق الإيجابية من منظور استحقاقات المزايا التأمينية .

وكم قدر اختلاف مساهمة "كريستوفر نيودايك" [Christopher Newdick] في مناقشته لمفهوم التضامن من زاوية التضامن والحقوق والرفاه الاجتماعي في النظام الصحي البريطاني مقابل مدخل الطب الحيوي للنظام ؟ يجادل نيودايك أيضاً حول ضرورة مقاومة دعوات تدخل القضاء بشكل أكثر نشاطاً في توزيع فعلي لمخصصات الموارد العامة المحدودة . وهنا يحلل نيودايك طبيعة ومحتوى الحق في التضامن عبر تخصيص موارد نظام الخدمات الصحية الوطني في المملكة المتحدة . فموقفه على عكس اتجاهات أخلاقيات العلوم الحيوية ذات الشعبية ، فهو يدافع عن التحلي بشعور أقوى بالأخلاقيات المؤسسية القادرة على إحداث توازن بين المطالب الفردية بحقوق ملموسة وبين الحاجة للتضامن والتماسك الاجتماعي داخل المجتمع ككل .

وفي الجزء الثالث من الكتاب ، ومقابل المقاربة الأوروبية التي تشجع حركة المريض بين دول الاتحاد الأوروبي ، لجأت المحكمة العليا الكندية إلى توجهات مختلفة في مثال شهير حول : وقت انتظار المرضى ودور التأمين الصحي الخاص (قضية كاولي ٢٠٠٥ [Chaoulli Legacy]) وتحت عنوان : "حقوق الرعاية الصحية في كندا" ، ناقش كلٌّ من فلود وخافيير [Colleen Flood and Sujith Xavier] استجابة الحكومة لحكم المحكمة الذي أثار الجدل (ميراث كاولي [Chaoulli Legacy]) ، إضافة إلى الاستنتاجات الخاصة بالحكم حول تحرير القانون المتعلق بالتأمين الصحي الخاص ودعاويه المختلفة للرعاية الصحية التي تستند إلى الميثاق الكندي للحقوق والحريات . يتعرض الباحثان لثلاثة تحديات حديثة تواجه النظام الصحي الكندي .

وفي مقاربة "تيموثي سولجفوس جوست" [Timothy Stoltzfus Jost] حول الوصول إلى الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية ، تحت عنوان "مفاهيم متضاربة عن العدالة وقليل من التضامن" ، يقدم المؤلف رؤية فريدة حول نظام

صحي خاص جدا. "في أفضل حالاتها، الرعاية الصحية الأمريكية هي الأفضل في العالم"<sup>(١١)</sup>. وبغض الطرف عن إنجازات النظام الصحي الأمريكي المتمثلة في أن ١٧,٥ ٪ من السكان غير مؤمن عليهم - أثناء التبطل عن العمل - ويحصلون على رعاية أدنى وإذا حصلوا عليها بعد فوات الأوان قد لا يكونون في حاجة إليها؛ لذا يدعو "جوست" إلى مقارنة مختلفة لتوسيع غطاء الرعاية الصحية التأمينية، رغم أن كثيرا من الأمريكيين لا يدعمون توسيع البرامج العامة لتغطية غير المؤمن عليهم. ونتيجة تأثير نفوذ مجموعات السياسات الصحية المدافعة عن منهج "رعاية صحية للمستهلك" حيث يدعون أن مشاكل السياسة الصحية لا ترجع إلى نقص التغطية التأمينية ولكن إلى تعدد أشكال التأمين مما يخفض من أسعار الخدمات الصحية للمستهلكين. وتأثرا بالنظم الصحية الأوروبية في مفهوم التضامن، ينتقد "جوست" [Timothy Jost] خطط الصحة التي تدعو إلى آليات السوق والاستهلاك، (مثل: حسابات الادخار الصحي) حيث إن هذه الخطط تخدم نسبيا الأغنياء الأمريكيين.

وفي الفصل السابع: الصحة في شيلي (هل تبذل الحكومة كل ما في وسعها لتحقيق العدالة الاجتماعية؟). تفحص الباحثة سيلفيا بورثوتسكاى [Silvia Borzutzky] أهم ملامح المشاكل التي تواجه النظام الصحي في شيلي، ودعم ما يُسمى (خطة إيجي [Plan AUGE]) المطبقة منذ عام ٢٠٠٤ في مواجهة حكم بينوشيه، وسياسات السوق التي اتبعتها بينوشيه في الصحة. تحتوي خطة إيجي [Plan AUGE] على مقارنة مبتكرة تستعيد مفهوم التضامن والقدرة المتساوية على الوصول إلى الرعاية الصحية.

ويتضمن الجزء الرابع تركيزا على وباء الإيدز في القارة الإفريقية؛ حيث يصبح جليا أن حماية وترقية حقوق الإنسان، تُعد من المفاتيح الأساسية في الحفاظ على صحة الأفراد والسكان. من منظور وباء الإيدز، يقوم الباحثون بتقييم السياسات الصحية، إضافة إلى بنية آليات التشريع في جنوب إفريقيا من خلال قضايا نُظرت أمام المحكمة

---

(11) Federal Trade Commissions/Department of Justice. Improving Health Care: A Dose of Competition. Washington DC, 2004, p. 1.

الدستورية من أجل احترام الحق في الصحة، حيث وفرت آليات التشريع مسارا غير مسبق للعدالة الاجتماعية عبر دوافعها لإنفاذ الحق في الصحة. وقد أظهرت الخبرة الإفريقية أن إنفاذ الحق ربما يتداخل في الواقع العملي إلى حد كبير مع التضامن الجماعي والعدالة. كما أظهرت هذه الخبرة المنظور الافتراضي للحقوق الفردية السياسية والاجتماعية داخل الإطار المجتمعي النابع من الثقافة الإفريقية التقليدية (ubuntu) التي تحترم التضامن الجماعي الإنساني والمسئولية المتبادلة والاحترام والكرامة والقيم لكل فرد في المجتمع. في مساهمة ليزا فورمان [Lisa Forman] "العدالة والتقاضى: التقدم التضامن والعدالة ومن خلال حقوق مواطني جنوب إفريقيا في التشريعات الصحية"، تستكشف الباحثة هذه الجوانب من الأحكام الصادرة عن المحكمة الدستورية حول الحق في الصحة، وتبحث برسالة واضحة إلى الثقافات القانونية الأخرى بخصوص قابلية الحقوق الاجتماعية والواجبات الإيجابية الأخرى للتقاضى حولها. "فهى تصور الطاقات الكامنة للدور القضائي في إنفاذ الحقوق التي تجيب على هموم القضايا التي لا تنتهي بغرم لمجموع المتنازعين (Zero-sum claims) وفعليا اختبار الجدارة المؤسسية والشرعية الديمقراطية لمراجعة القضاء للسياسات الاجتماعية.

وعلى منوال جنوب إفريقيا، تكافح أغلب النظم الصحية - في إفريقيا جنوب الصحراء - وباء الإيدز. وأحد الحلول التي تواجه به هذه البلاد الأزمة الصحية هو التوسع في برنامج العلاج الدوائي للإيدز (ART). في مساهمة: "الأثر طويل المدى للتوسع في علاج فيروس الإيدز على إضعاف تقوية النظم الصحية في إفريقيا جنوب الصحراء: العدل والمبررات، تستكشف كل من "ستيفاني نيكسون" و"نينا فينسترا" (Stephanie Nixon and Nina Veenstra) أثر التوسع في علاج الإيدز عالي التكلفة على بلدان إفريقيا جنوب الصحراء، ودور قيمة التضامن كمبدأ يرشد للتوسع في هذا العلاج الدوائي، وقد خلصت الباحثتان إلى أن التوسع في نشر هذا البرنامج العلاجي ربما يؤدي إلى نتائج عكسية لأهداف تقوية النظم الصحية (مثل التأثير السلبي على الاستثمار في برامج الوقاية) ولذا دعت الباحثتان إلى احترام الجانب العام في الرعاية الصحية واقترحتا دروسا محددة للتحرك إلى الأمام.

يغطي الجزء الخامس والأخير مشاركات من أستراليا ومن بلدين آسيويين آخرين هما: كوريا الجنوبية والصين. تغطي هذه المشاركات بصورة واضحة عمليات إصلاح النظم الصحية الآسيوية وتعرض الأوضاع القائمة حتى اليوم للمشكلات المعاصرة والاتجاهات المستقبلية التي ما زالت غير معروفة جيدا خارج الإقليم. ولهذا نسعد باحتواء كتابنا على مساهمتين رئيسيتين تفتحان لنا نافذة على أسواق الرعاية الصحية في آسيا.

نبدأ بمساهمة مثيرة للاهتمام عن برنامج الميديكير، خطة التأمين الصحي الشامل في أستراليا، التي يزعم ستيفان دوكيت أن برنامج الميديكير قد تلبسته شياطين صراع القيم حول دعم فكرة الشمول مقابل سياسة استهداف فئات وأقسام بعينها أو دور قطاع السوق. يلاحظ دوكيت [Stephan Duckett] عدم وجود إجماع حول الأدوار النسبية لكل من القطاعين العام والخاص في الرعاية الصحية، ولا يوجد كذلك إجماع حول دور الحكومة. مثلت طبيعة الاستجابة الحكومية تحدياً لأخلاقيات المساواة لبرنامج الميديكير [MediCare] (\*)، كما نوقشت في "صراع القيم المستمر في نظام الرعاية الصحية الأسترالي".

في فصل "الإصلاح الصحي في الصين هوية قطاع عام وسلوكيات قطاع خاص: الأسباب والنتائج والعلاج"، تصف فيفيان لين وهوانجوين جاو [Vivian Lin and Hongwen Zhao] المراحل المتنوعة من إصلاح القطاع الصحي في الصين، بداية من "الثورة الصحية الأولى"، مباشرة عقب تأسيس جمهورية الصين الشعبية في عام ١٩٤٩: حيث عالجت التنمية الصحية المساواتية قضايا الوصول للخدمة الصحية

---

(\*) الميديكير الأسترالي هو نظام الرعاية الصحية الشامل الممول من الإيرادات العامة، وتقوم السلطات الحكومية بتشغيله. يقدم الميديكير علاجاً بتكلفة اقتصادية مقبولة على مستوى الرعاية الصحية الأولية لكل مواطني أستراليا والمقيمين الدائمين بها ما عدا سكان جزيرة نورفولك. يستطيع المقيمون الذين يحوزون بطاقة الميديكير تلقي علاجاً مدعوم مالياً من أطباء الميديكير، وممرضاته واتحاد المتخصصين الصحيين المرخص لهم بأن يكونوا مقدمي الخدمة رقم واحد في برنامج الميديكير، ويستطيعون أيضاً الوصول إلى علاج مدعوم بالكامل (مجانياً) في المستشفيات العامة. أدخلت حكومة وايتلام انعمالية هذا البرنامج عام 1975 باسم الميديبانك (Medibank)، وتم إلحاق صندوق تأمين صحي خاص إليه وتملكه الحكومة في عام 1976. أعيد تسمية الميديبانك (Medibank) باسم الميديكير عام 1984. [المترجم]



وإتاحتها والقدرة على الدفع ، ثم استبدلت بعد ذلك بإصلاح غير ناجح اعتمد على نظام السوق ، وخفض من شأن التضامن وتسبب في قلق اجتماعية خاصة في ريف البلاد ، وعقب فشل خصخصة الرعاية الصحية الذي دمر نجاحات النظام الصحي الصيني السابقة ، حدثت التغيرات الأخيرة ، التي أدخلت مفهوم السوق الاشتراكي ، الذي أعاد الدور المفقود للدولة في الرعاية الصحية ، كما دعم الحقوق الصحية بضمان القدرة على وصول الجميع لخدمات التأمين الصحي ، حيث يعالج هذا الفصل الأسباب والنتائج والحلول التي عالجت الخلل السابق في النظام الصحي مركزاً على إشكالية العدالة والإنصاف مبرزاً الجدل حول الحق في الصحة .

وفي كوريا الجنوبية ومنذ أكثر من ثلاثين عاماً ، نجحت كوريا في بناء نظام تأمين صحي وطني مبهر احتفلت بمرور ثلاثين عاماً على إنشائه مؤخراً . يركز النظام الصحي الكوري الحالي على مشكلات عدم الكفاءة وعدم الإنصاف في القدرة على الوصول للخدمات الصحية . ويقدم كائج تحليلاً لهذه المشكلات في مداخلته ”الوصول إلى الرعاية الصحية في كوريا“ . ورغم تأسيس نظام تأمين صحي شامل ، فما زالت شريحة مهمة من السكان (تحت خط الفقر/ كبار السن/ سكان الريف) يواجهون مشاكل عدم القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية بسبب التعريف القاصر لهذه القدرة ، وفي عجالة يشخص ”كيم“ [Minah Kang Kim] النظام الكوري باعتباره نظاماً يمتلك مدى واسعاً من التغطية التأمينية للسكان مع حزمة صغيرة من الخدمات ونسبة عالية من المشاركة في الدفع . وتكمن مشاكل النظام الأساسية في عدم التوافق حول تعريف الرعاية الضرورية التي يجب أن يغطيها التأمين ، وعدم التوافق هذا يعكس الجدل الأيديولوجي حول طبيعة الرعاية الصحية باعتبارها سلعة عامة أو سلعة خاصة . ويؤكد كيم أن الدعوة إلى مفهوم السلعة العامة (common goods) يحتاج إلى حوار مبدئي أكثر شمولاً حول دور المبادرات الخاصة في هذا القطاع .

يونيو ٢٠٠٨



**الجزء الأول**  
**قانون المعاهدات الدولي والوصول إلى**  
**الرعاية الصحية**



## الفصل الأول

### الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية:

الرعاية الصحية وفقا لأدوات قانون الأمن الاجتماعي الدولي والأوروبي

بول شوكنز (PAULSCHOUKENS) (\*)

مقدمة:

تُعتبر الصحة والقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية، على وجه الخصوص، عند الكثيرين هي حجر الزاوية الأساسي في مجتمعاتنا، وتتزايد بوتيرة متصاعدة الوثائق الوطنية والدولية التي تناقش جودة الرعاية الصحية واستدامة النظم الصحية والوصول إلى بنيتها التحتية. إلا أنه رغم الانتباه المتنامي للصحة والرعاية الصحية، فإنهم إلى حد ما يغضون الطرف عن جانب الاستحقاقات؛ بمعنى مسألة الوصول إلى الرعاية الصحية. يُفترض غالبا أن هناك مبادئ عامة للقدرة الشاملة على الوصول إلى الرعاية. بمعنى أنه يجب تحقيق القدرة المتساوية للجميع للوصول إلى الرعاية بنفس الجودة. وربما من المثير وضع هذا الافتراض في مقابل الحقيقة القانونية كما تنص عليها الاتفاقيات والعهود الدولية. ما يدفعنا في هذه المساهمة إلى تحليل وفحص القوام القانوني للحق في الصحة في اشتباكه مع الأدوات القانونية الدولية، محاولين بشكل رئيسي إيجاد الكيفية التي من خلالها تتشكل هذه الأدوات القانونية للحق في الصحة وبشكل أكثر تحديدا الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية.

نحتاج بداية قبل تناول هذه القضية إلى رسم معالم المجال الذي سوف ترتاده هذه

---

(\*) يود مؤلف هذا الفصل شكر زميله "داني بيبترز" لمراجعته النقدية لهذه المقالة. [المؤلف]

المداخلة . وكما ذكرنا أنفاً "الرعاية" الصحية متعددة الأوجه ، لكن محاولة تناول كل جانب من جوانبها على حدة سوف تنحرف بنا عن الهدف إلى أقصى مدى . وسوف نشدد هنا أساساً على ضمان قدرة الوصول إلى الرعاية الصحية ، وهكذا لن نشدد على الحق في الصحة من جانب "الحرية"؛ حيث يعني أن جانب الحرية هذا يمس الحق في سيطرة المرء على صحته وجسده ، بما تشمله من حرية جنسية وإنجابية ، الحق في أن تتحرر من التدخل في شئونك ، مثل الحق في ألا تخضع للتعذيب والعلاج الطبي والتجريب دون موافقة المريض .

ومن جانب الاستحقاقات الصحية سوف نوجه اهتمامنا الأكبر إلى قدرة المواطن على الوصول إلى الرعاية الصحية والتي تتحقق عبر نظم الضمان الاجتماعي (تشمل خصوصاً التأمين الصحي الاجتماعي وأيضاً النظم الصحية الوطنية التي تدعم القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية عبر تقديم خدمات صحية مجانية للمواطنين) وبالتبعية سوف نتناول المعاهدات الدولية الأوروبية للضمان الاجتماعي التي تغطي المحتوى القانوني للحق في الرعاية الصحية .

لن نعالج واجبات الدول في تطوير حد أدنى من الخدمات الصحية ذات الجودة من خلال هذا المنظور ، ومن ثم سوف نعطي انتباهاً أقل لجوانب الصحة العامة والوقائية وشروط تأسيس الوحدات والخدمات الصحية والالتزامات القانونية التي بموجبها تتم الممارسة الطبية . ولأننا نبحث أساساً في إتاحة الرعاية الصحية وقدرة الوصول إليها سوف نقوم بمراجعة المعاهدات الدولية التي أنشأت المعايير في مجال السلامة المهنية والصحية ، وتندرج أغلب هذه الاتفاقيات الدولية في إطار ما تصدره منظمة العمل الدولية التي تتعامل مع العلاقات الجماعية بين أصحاب الأعمال والعاملين لديهم .

بالنسبة للأدوات التي سوف نخضعها للدراسة اخترنا نوعين من الاتفاقات التي أبرمتها منظمات من مستويين مختلفين . بالنسبة لمستوى الحدود الإقليمية [الوطنية] ، نُميّز بين الاتفاقات الدولية/الشاملة التي أبرمت في إطار عمل الأمم المتحدة -شاملة الوكالة الخاصة لمكتب العمل الدولي- من ناحية ، والاتفاقات الإقليمية التي طورتها

اللجنة الأوروبية . والمنظمة الأخيرة لا تزال تمثل في أوروبا الحارس الأكبر لاحترام الحقوق الجوهرية (بما فيها الحقوق الاجتماعية) . ولأغراض هذه الدراسة لن نمس قواعد الاتحاد الأوروبي من حيث المبدأ . ورغم ما لخلق السوق الداخلي (الحريات الاقتصادية) من أثر خطير على نظم الرعاية الصحية (الوطنية) في أوروبا ، لم يطور الاتحاد الأوروبي في حد ذاته معايير قياسية قانونية في ميدان الوصول إلى الرعاية الصحية . ولو تكلمنا بدقة صارمة ، فحتى الاتحاد الأوروبي ليس لديه المكانة والقوة ليفعل ذلك ، إلا مع مسألة قدرة المهاجرين من مواطني الاتحاد الأوروبي على الوصول إلى الرعاية الصحية (مواد ١٢ و ١٧ و ٤٢ من معاهدة الجماعة الأوروبية) . وكما سنوضح لاحقاً لن نتعامل مع هذا الجزء من قانون الأمن الاجتماعي الدولي ، الذي يمس التنسيق بين نظم الرعاية الصحية الأجنبية والوصول إليها . وعند مراجعة الاتفاقيات والمعاهدات سوف نعالج أولاً المعاهدات المتعلقة بالحقوق الاجتماعية التقليدية مدققين في المواد المتعلقة بالحق في الرعاية الصحية ، خاصة العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ، والميثاق الأوروبي الاجتماعي المعدل ، باعتبارهما الأداتين الأساسيتين للحقوق الاقتصادية والاجتماعية في أدوات حقوق الإنسان المُنفذة (إضافة إلى الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ، والعهد الأوروبي لحماية حقوق الإنسان) . ولذا سوف نخصص إلى أي مدى تتعلق هذه الحقوق بالأدوات المعيارية التقليدية للحق في الصحة ، وتحديد نقاط ومعايير الحد الأدنى لمواجهة المخاطر الاجتماعية بها (ومنها الحق في الرعاية الصحية) وفي اتصال وثيق بين الحقوق الاجتماعية ومعايير الحد الأدنى للعهد التي تعطي محتوى أكثر تحديداً للدعوى العامة في الحق للضمان الاجتماعي . يلي ذلك المعايير العامة التي تضعها المعاهدات مثال: معاهدة منظمة العمل الدولية رقم ١٠٢ ، والكود الأوروبي للضمان الاجتماعي ، إضافة إلى المعاهدات القطاعية التي توضح المعايير الخاصة لمخاطر بعينها والمرتبطة بها ، مثال معاهدات منظمة العمل الدولية التي تضع حداً أدنى من الأحكام في مجال الرعاية الصحية مثل المعاهدة رقم ١٢١ التي تعمل إلى جوار المعاهدات الأخرى للخدمات الطبية المقدمة

في حالات: الرعاية الطبية لحوادث العمل والأمراض المهنية (رقم ١٣٠)، ورقم ١٨٩ في حقوق الصحة الإنجابية ورعاية الأمهات والحوامل.

تصب كل معاهدات الحقوق الاجتماعية والحد الأدنى للمعايير في تناسق مع نظم الضمان الاجتماعي التي تشمل التأمين الصحي الاجتماعي، اعتمادا على تأثيرها في النظم الوطنية بحيث يجعلها أكثر اتساقا مع محتوى المعاهدات ولكن يوجد ما يتعارض مع النظم الاجتماعية للضمان في العديد من الاتفاقيات الدولية خاصة ما يتعلق بالمهاجرين الذين يفقدون التغطية بالضمان الاجتماعي بسبب وضعهم بما فيها جزئيا التغطية بالرعاية الصحية وقدرتهم على الوصول إليها. وفي سياق تحليل معاهدات الحقوق الاجتماعية والأدوات المحددة للمعايير، يتم التركيز على العلاقة بين معاهدات حقوق الإنسان والحق في الوصول إلى الرعاية الصحية رغم أن هذه المعاهدات لا تخص في الأساس الحقوق الاجتماعية، وإنما هي أدوات قانونية لنظم الضمان الاجتماعي، خاصة النظم الصحية الاجتماعية.

والواقع أننا نستطيع في السنوات الأخيرة رصد اتجاه لنظم الضمان الاجتماعي تتوافق مع مبادئ حقوق الإنسان الأساسية كما جاءت في المواثيق الدولية. وهذا الاتجاه يبرز خاصة في المعاهدة الأوروبية لحماية حقوق الإنسان.

ونلقي نظرة في الجزء الأخير على التأثيرات المحتملة لهذه الأدوات في توفير القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية، والحالات القانونية التي تطورت من خلال المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان. وفي الخلاصة نحاول تلخيص ماهية محددة لهذه المعاهدات للحق في الرعاية الصحية خاصة في علاقاتها المتداخلة ذات الأهمية الخاصة.

#### ١ - الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية كحق اجتماعي

في هذا الجزء سوف نحلل تفصيليا المعاهدات الخاصة بالحقوق الاجتماعية، وماهيتها القانونية، المتعلقة بالحق في الرعاية الصحية. وناقش بداية المعاهدات



الدولية للحقوق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية في آليات الأمم المتحدة . يلي ذلك وصف المواد المتعلقة بذلك في الميثاق الأوروبي الاجتماعي الذي يُعد مرادفاً للحقوق الاقتصادية والاجتماعية في المعاهدة الأوروبية لحماية حقوق الإنسان في المجلس الأوروبي .

على المستوى الدولي: الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية بناء على العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية

وقعت البلدان على هذا العهد كمعاهدة متعددة الأطراف في الجمعية العامة للأمم المتحدة في ديسمبر ١٩٦٦ وأصبح في موضع التنفيذ منذ يناير من عام ١٩٧٦ ، حيث وقعت عليه ١٤٩ دولة ، وقد طور هذا العهد بعض الحقوق التي وردت في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ، خاصة الحقوق الأساسية ذات الطبيعة الاجتماعية والاقتصادية ، مثل الحق في العمل ، والحق في الحماية الاجتماعية<sup>(١)</sup> . حيث يعطي هذا العهد محتوى أكثر تحديدا للمادتين ٢٢ ، و ٢٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ، فهو يدعو إلى الحماية الاجتماعية والحق في الصحة<sup>(٢)</sup> ، ويذكر المزيد عن هذه الحقوق وعن التزامات الدول الأعضاء التي يُنظر إليها وفق شروط محددة .

فعلى سبيل المثال ، ليس متوقعا أن تمنح الدول الموقعة على هذا العهد لشعوبها هذه الحقوق من البداية؛ لأن الالتزامات المبدئية التي تعكسها المادة ٢ من العهد لا تنتظر أن يتم التنفيذ الكامل لهذه الحقوق الاجتماعية في الحال . يخضع تنفيذ هذه الحقوق لإمكانات البلد الاقتصادية والاجتماعية «مادة (٢) ، فقرة (١)»:

---

(١) يفعل العهد الدولي حول الحقوق المدنية والسياسية نفس الشيء فيما يتعلق بحقوق الإنسان الجوهرية في الإعلان الشامل.

(٢) تفترض المادة ٢٢ أن: "لكل شخص كعضو في مجتمع الحق في الأمن الاجتماعي وهو مخول للتحقق من خلال الجهود القومية والتعاون الدولي وبالتوافق مع تنظيم وموارد كل دولة ، والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي لا يمكن دونها تحقيق كرامته والتطور الحر لشخصيته". وتفترض مادة ٢٥ في فقرتها الأولى: "لكل شخص الحق في مستوى معيشة مناسب لصحته وازدهاره هو وعائلته، متضمنا الطعام والملبس والسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية والحق في الأمن في حالة البطالة أو المرض أو الإعاقة أو التزل أو الشيخوخة أو الحالات الأخرى من نقص وسائل المعيشة في ظروف خارجة عن إرادته".

على كل دولة أن تتخذ الخطوات الضرورية القصوى وفقا لمواردها المتاحة، وتوافقات التزاماتها بموجب العهد، كما أن مستوى تنفيذ الحقوق والواجبات يصبح محلاً للرصد من قبل لجان خاصة للحقوق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، وهذه اللجان تؤسس قواعدها عن طريق التوافق وفقاً للتقارير الوطنية التي ترسل من طرف الحكومات، وتعتمد على مصادر معلومات أخرى، والعديد من التفسيرات الخاصة بالحقوق الاجتماعية وتقارير اللجان<sup>(٣)</sup>.

وقبل تناول التحليل بعمق، يجب ذكر أن الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية قد تطور أساساً في المادة ١٢ من العهد (الحق في الرعاية الصحية). فلا يوجد الكثير فيما يتعلق بذلك الحق في المادة التي تتناول مع الحق في الحماية الاجتماعية (مادة ٩)<sup>(٤)</sup>. ومن ثم لن نتناول هذه المادة خلال الوصف التالي.

### تفسير الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية

نص المادة ١٢ من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية على:

١- أن تعترف الدول التي اعتمدت العهد بحق كل فرد في التمتع بأقصى حد ممكن من الصحة الجسدية والعقلية المتاحة.

٢- أن تتخذ هذه الدول الخطوات لتنفيذ الحق بما يشمل الوقاية والعلاج ومكافحة الأمراض المتوطنة والوبائية والأمراض المهنية وإيجاد الظروف التي تضمن الخدمات والرعاية في حال المرض.

وفي شرح المادة (١٢)، رجعت اللجنة المتخصصة إلى المدى الواسع من الحقائق

---

(٣) يُستخدم التقرير التالي بشكل خاص كمصدر كبير للمعلومات:

Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14, E/C.12/2000/4, 11/08/2000.

(٤) تنص المادة على أن: "الدول الأطراف في هذا العهد تترك حق كل فرد في الأمن الاجتماعي بما يتضمنه من تأمين اجتماعي".

الاقتصادية والاجتماعية التي يجب أن تدعم الظروف التي تحفز تطوير نمط الحياة الصحي<sup>(٥)</sup>. كما ترجع مادة ١٢ الاحتياج إلى توفر الرعاية الصحية إلى اعتباره حقاً شاملاً وضمناً لا يشمل فقط الرعاية الصحية الملائمة ولكن يمتد إلى المحددات الأساسية للصحة مثل: المياه النقية، والغذاء، والسكن، وظروف العمل الصحية، والتعليم<sup>(٦)</sup>. وفي المدى الأوسع، الحق في الرعاية الصحية يعود إلى إتاحة المرافق والسلع والخدمات الصحية لكل فرد دون تمييز في إطار السلطة التشريعية للدول. ومن منظور اللجنة هناك أربعة أبعاد متداخلة للوصول إلى الرعاية الصحية هي: عدم التمييز والإتاحة الجغرافية والاقتصادية وتوفير المعلومات<sup>(٧)</sup>.

أولاً: على الدول ألا تُميز بين الأفراد عند تنظيم خدمات الرعاية الصحية، حيث يجب أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية متاحة للجميع خصوصاً الفئات السكانية الأكثر تعرضاً للمخاطر والأكثر تهميشاً سواء بحكم القانون أو تهميشاً واقعياً، لأي سبب من الأسباب. وعلى الدول الالتزام بتوفير وإتاحة الرعاية الصحية الضرورية، خصوصاً للسكان الأكثر احتياجاً؛ لذلك فالإجراءات التي تسهل لهذه الفئات الوصول للرعاية الصحية ذات أهمية قصوى؛ لأنها تعني السماح بالسياسات التي تظهر هذا التمييز الإيجابي في هذا المجال.

ضرورة رصد الإجراءات الحكومية ذات الطبيعة التمييزية. مثال: التخصيص غير العادل للموارد الذي يمكن أن يؤدي إلى التمييز، كالاستثمارات التي تفضل نسبياً الخدمات العلاجية المكلفة والتي لا يتمتع بها سوى شرائح مميزة من السكان، مقارنة بالخدمات الأولية والوقائية التي تخدم الشرائح الأوسع من السكان<sup>(٨)</sup>. وفي نفس السياق يجب على الحكومات أن تعمل على منع أي صورة من صور التمييز

---

(5) General Comment No. 14, 2.

(6) Ibid 2

(7) Ibid 3

(8) Ibid 5

على قاعدة ما تم منعه دوليا فيما يتعلق بالرعاية والخدمات الصحية في المادتين ٢ و ٣ من العهد الدولي التي تصف التمييز في القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية أو في المحددات الاجتماعية للصحة، إضافة إلى الوسائل، على أرضية مثل الجنس، أو اللون، أو العرق، أو اللغة، أو الدين، أو الرأي السياسي، أو الأصل الاجتماعي، أو الممتلكات، أو المنشأ، أو الإعاقة العقلية، أو العضوية، أو الحالة الصحية، بما يشمل الإيدز، أو الهوية الجنسية، أو المدنية، أو الاجتماعية، أو غيرها، التي لها تأثير يعطل التمتع المتساوي بالحق أو ممارسة الحق في الصحة.

ثانيا: الرعاية الصحية يجب أن تكون متاحة جغرافيا. بمعنى أن الوحدات والسلع والخدمات الصحية يجب أن تكون في المتناول (متاحة) من ناحية الوصول الآمن لكل قطاعات السكان، خاصة الفئات الأكثر عرضة للمخاطر أو المهمشة مثل الأقليات العرقية، والسكان الأصليين، والنساء، والأطفال، والمراهقين، والكبار، والأفراد ذوي الإعاقة، ومرضى الإيدز. كما تعني الإتاحة الجغرافية أيضا أن الخدمات الصحية والمحددات الاجتماعية للصحة مثل المياه النقية والصرف الصحي سهل الوصول إليها خاصة في الريف وإتاحة المنشآت للأفراد ذوي الإعاقة.

ثالثا: يجب أن تكون الرعاية الصحية في متناول القدرة المالية، أي متاحة اقتصاديا، فالدفع من أجل الخدمات والرعاية الصحية والوصول إلى المحددات الصحية الاجتماعية يجب أن يعتمد على مبدأ الإنصاف بمعنى ألا يتحمل الفقراء عبئا بسبب تكلفة الصحة مقارنة بالأغنياء.

وخلاصة ذلك، تشمل قدرة السكان على الوصول إلى الرعاية الصحية وبعيهم بحقوقهم، بمعنى القدرة على الوصول إلى المعلومات بشكل كامل، وحققهم في طلب وتلقي المعلومات، والأفكار المتعلقة بالموضوعات الصحية مع عدم تضارب إتاحة المعلومات بالحق في الحفاظ على خصوصية البيانات والمعلومات الشخصية. وإلى جانب توفر وإتاحة تقديم الخدمات الصحية هناك مؤشر جودة ومقبولية الخدمات المقدمة، حيث إن تقديم الرعاية الصحية يجب أن يتسم بالملاءمة الثقافية وفقا للأخلاقيات الطبية وبدرجة متساوية من الجودة.

ويقترض الحق في الصحة ثلاثة التزامات على الدول (التزام الحماية والاحترام والوفاء)<sup>(٩)</sup>، فاللتزام الاحترام يحتاج من الدول أن تمتنع عن أي إجراء مباشر أو غير مباشر يحرم التمتع بالحق في الصحة، وعلى الدول أن تمتنع عن إنكار حق التمتع أو محدودية القدرة المتساوية للوصول إلى الرعاية الصحية لبعض الفئات السكانية والأقليات والمهاجرين غير الشرعيين وطالبي اللجوء (المطرودين من بلادهم). يحتاج الالتزام بالحماية إلى اتخاذ الدول الإجراءات التي تمنع الطرف الثالث من التدخل في ضمان المادة ١٢ وهذا يمكن تفسيره من خلال: أن على الدول التأكد من أن خصخصة القطاع العام لا تشكل تهديدا لتوفر وجودة المرافق الصحية. وفي النهاية: الالتزام بالوفاء بالحق يحتاج من الدول وضع تشريعات مناسبة وأطر إدارية وموازنات ومطالبات وإجراءات تضمن تنفيذ الحق في الصحة. وهذا يشمل تقديم نظم التأمين الاجتماعي التي تغطي الرعاية الصحية للجميع، بطريقة قابلة للدفع، وبهذا الصدد يمكن ترجمة الحق في الحماية الاجتماعية كأداة في مادة ٢٢ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والمادة ٩ من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

وفي الأخير، ما يعطي أهمية خاصة للتعليق رقم ٣ الذي وضعته اللجنة الخاصة للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية<sup>(١٠)</sup>، هو تأكيد أن على الدول التزامات أساسية لتنفيذه حتى تصبح متسقة مع الحقوق الواردة في العهد. وبالنظر إلى القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية، تشمل هذه الالتزامات الأساسية الآتي:

(أ) تأكيد الحق في إتاحة المرافق والبضائع والخدمات الصحية دون تمييز، خاصة للفئات المهمشة والأكثر عرضة لمخاطر المرض.

(9) Ibid 8.

(10) Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 3, E/C. 14/12/1990.

(ب) تأكيد إتاحة الحد الأدنى الضروري من الغذاء الذي يعد كافيا وأمانا لتأكيد الحرية من الجوع لكل شخص .

(ج) تأكيد إتاحة السكن الآمن والصرف الصحي والإمداد الكافي بالمياه النقية للشرب .

(د) الإمداد بالأدوية الأساسية التي تعرّف من وقت لآخر من منظمة الصحة العالمية وبرنامج عمل الأدوية الأساسية .

(هـ) تأكيد التوزيع المتساوي لكل المرافق والبضائع والخدمات الصحية .

ومن المهم التأكيد على أن جوهر الالتزامات يشير بشكل رئيسي إلى القدرة على الوصول إلى المحددات الاجتماعية للصحة أكثر من تقديم بضع خدمات من الرعاية الصحية الأساسية (باستثناء الأدوية الأساسية) . بل إن ما هو متاح فيما يتعلق بالرعاية الصحية يجب أن يوزع بطريقة دون تمييز وبأسلوب يعيد التوزيع . وكما سنرى فوراً هذا التمييز في الواجبات الجوهرية والواجبات الأخرى بعض العواقب على تفسير الالتزامات القانونية .

ما يتعلق بالالتزامات المبرمة والإنفاذ القانوني لها

يخاطب العهد بشكل رئيسي الدول الموقعة عليه . بأنه يجب عليها بذل الجهود الضرورية لتنفيذ الالتزامات التي تعهدوا بها عند توقيعهم على العهد . يوفر العهد تحقيقاً متدرجاً للأهداف كما وصفتها عديد من المواد (انظر مادة ٢ فقرة ١ من العهد) . بكلمات أخرى ، فيما يتعلق بالقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية ، تفي الدول بواجباتها عندما تبادر بتنفيذ نظام للرعاية الصحية يوفر القدرة على الوصول إليه للجميع ، حتى إن لم يتحقق الهدف بالكامل بعد . تعترف سلطات التفسير مثلاً بالقيود التي تنجم عن الموارد المحدودة . الأكثر أهمية هو أن تبذل الدول الجهود الضرورية لتنفيذ هذه الحقوق بأفضل أسلوب ممكن . بهذا الأسلوب يصبح العهد إلى حد بعيد هو إعلاناً للنيات .

إلا أن بعض الالتزامات تم تحديدها بشكل ملموس أكثر. فعلى الدول الأطراف التزامات فورية فيما يتعلق بالحق في الصحة، مثل ضمان ممارسة الحق دون تمييز من أي نوع (مادة ٢ فقرة ٢ من العهد) والالتزام باتخاذ خطوات (مادة ٢ فقرة ١ من العهد) نحو التحقيق الكامل للمادة ١٢. يجب أن تكون مثل هذه الخطوات عن قصد وملموسة وتستهدف التحقيق الكامل للحق في الصحة. فيما يتعلق بالالتزام الآخر، فذلك يعني أن عدم السماح باتخاذ أي تدابير تراجعية فيما يتعلق بالحق في الصحة - لو اتخذت أي إجراءات تراجعية عن عمد- تتحمل الدولة الطرف عبء البرهنة على أنها اتخذت تلك الخطوة بعد تفكير بأقصى درجات التأني في كل البدائل، وأن هذه الخطوة مبررة عن حق بالرجوع إلى شمولية الحقوق الواردة في العهد في سياق الاستخدام الكامل لأقصى الموارد المتاحة للدولة الطرف<sup>(١١)</sup>. وبنفس الأسلوب، فالدولة التي لا ترحب باستخدام أقصى الموارد المتاحة لديها من أجل تحقيق الحق في الصحة فإنها تنتهك التزاماتها تحت المادة ١٢. وإذا ما كانت ضغوط الموارد هي التي تجعل من المستحيل بالنسبة للدولة أن تتوافق بالكامل مع التزامات العهد، سوف يكون على هذه الدولة عبء تقديم مبرر، وأن كل المحاولات رغم ذلك قد بذلت من أجل استخدام كل الموارد المتاحة لديها من أجل الوفاء كأولوية بالالتزامات المنصوص عليها أعلاه، بل يجب التشديد على أن الدولة الطرف لا تستطيع تحت أي ظرف - مهما كان - تبرير عدم توافقها مع الالتزامات الجوهرية للمادة ١٢ (كما وردت في التعليق رقم ٣).

ومن ثم بعيدا عن تلك الالتزامات الفورية، لن يكون انتهاك المادة ١٢ ميسور الحدوث. ولكنه حتى مع ذلك، يبقى سؤال: ما العقوبات التي يمكن اتخاذها ضد الدول التي لا تفي بالتزاماتها؟ من حيث الجوهر، لا تستطيع اللجنة فعل أكثر من الطلب من الدول أو حثها لتصحيح الوضع. لا يوجد احتمال فرض غرامات أو تطبيق عقوبات مثيلة. وحيث إن ذلك ما يجذب الدول لتوقيع العهد (ومن هنا نجاح الأدوات)، فإن تنفيذ الحقوق قد يكون في خطر (وهذا يدمر المعنى العملي للحقوق).

---

(11) General Comment No. 14, 8.

أكثر من ذلك ، فالالتزامات كما صيغت في العهد هي عادة ذات طبيعة عامة جدا حتى لا يستطيع المواطنون التقاضي عليها مباشرة أمام المحاكم الوطنية . فهي تفتقد إلى الأثر المباشر . من حيث الجوهر يطالب العهد الدول ببذل ما يوسعها لإنشاء نظام يقدم الرعاية الصحية للجميع بأسلوب منصف . عند تعرض التزامات ملموسة للخطر ، مثل تقديم الرعاية الصحية دون تمييز سيكون من المستبعد جدا تطبيق المحاكم (الوطنية) مادة الرعاية الصحية . موقف لجنة الحقوق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية واضح جدا في هذه القضية؛ فهي تطالب بضم وترجمة العهد في النظام القانوني الوطني ، حتى يمكن التقاضي مباشرة أمام المحاكم الوطنية ضد انتهاك الحق في الصحة ، أو على الأقل التزاماته الجوهرية<sup>(١٢)</sup> . دون هذا الإدماج سوف تستكف المحاكم في غالب الأحوال عن التطبيق المباشر لمواد العهد . وهذا ينطبق تماما على الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية كما تضمنته المادة ١٢ .

على المستوى الأوروبي: الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية طبقا للميثاق الاجتماعي (المنقح) الأوروبي

الأداة الرئيسية التي سوف نتولى فحصها هنا هي الميثاق الاجتماعي الأوروبي (بعد المراجعة) الذي سنّه المجلس الأوروبي . على مستوى المجلس الأوروبي ، هذا الميثاق هو مقابل العهد الأوروبي لحماية حقوق الإنسان . ورغم أن الأخير هو العلامة المميزة للمنظمة ، كان المجلس الأوروبي من البداية أيضا ملتزما أشد الالتزام بتشريع الحقوق الاجتماعية وبشكل مبكر في الخمسينيات بدأ العمل بالأدوات متعددة الأطراف في مجال التوافق والانسجام . أحد هذه الأعمال الرئيسية المحورية هو الميثاق الاجتماعي الأوروبي ، الذي أصبح بعد توقيعه في ١٩٦١ ساريا في ٢٦ فبراير ١٩٦٥ .<sup>(١٣)</sup> وهو يتطابق على المستوى الأوروبي مع العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إلى جانب عدة مواد من الإعلان الشامل لحقوق الإنسان . في

(12) Ibid, 14.

(١٣) وقّعه 32 دولة وصنّقت عليه 27 دولة.



١٩٩٦ ، أصبح مطروحا للتوقيع نسخة منقحة من الميثاق الاجتماعي إلى جانب النسخة القائمة<sup>(١٥)</sup>. تحتوي النسخة المنقحة على بعض الحقوق الاجتماعية الجديدة ، تعكس تفكيراً عصرياً أفضل للسياسة الاجتماعية (مثل مكافحة الاستبعاد الاجتماعي).

بالنسبة لهذه المساهمة سوف نقوم بتحليل الميثاق الاجتماعي والنسخة المنقحة منه معاً حيث إن مواد كلتا الوثيقتين - المتعلقة بموضوعنا- تتطابق بشكل واسع فيما بينها. كما أن كليهما قد فسرتهما بشكل مشترك اللجنة الأوروبية للحقوق الاجتماعية وهي مؤسسة ذات جدارة لمتابعة تنفيذ وثائق تلك الحقوق الاجتماعية بواسطة الأطراف الموقعة عليها. وقد كانت وثائق تقييم هذه اللجنة على نحو خاص مصدراً كبيراً للمعلومات من أجل مزيد من التحليل للحق في الرعاية الصحية بالتوافق مع الميثاق الاجتماعي<sup>(١٦)</sup>.

#### الحق في الصحة مجسداً في عديد من المواد

الحق في الصحة معلن في المادة ١١ من الميثاق الاجتماعي (المنقح). تنص المادة على أن: "لكل فرد الحق في منافع من أي تدابير تمكنه من التمتع بأقصى مستوى ممكن من الصحة يمكن بلوغه". إلا أنه من المحتمل عند التركيز على الحق في امتلاك القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية - أن يكون الأكثر ارتباطاً بهذه المساهمة هو المواد التي تتعامل مع الحق في الأمن الاجتماعي (المادة رقم ١٢) والحق في المساعدة الطبية والاجتماعية (المادة رقم ١٣). تركز المادة رقم ١١ من الميثاق الاجتماعي المنقح بشكل رئيسي على جانب "الحرية" (الحق في السيطرة على صحة المرء) وجانب الصحة العامة (خصوصاً الرعاية الصحية الوقائية). ومن هنا ، سوف نلمس هذه المادة قليلاً لوصف التضاريس القانونية للحق في (الوصول إلى) الرعاية الصحية. ويمضي نفس القول على المواد رقم ٣ من الميثاق الاجتماعي (المنقح)، ورقم ٧ من الميثاق الاجتماعي (المنقح)، ورقم ٨ من الميثاق الاجتماعي (المنقح) ورقم ٢٣ من الميثاق

(١٤) وقعت عليه 4١ دولة ولكن صُنِّت عليه 23 دولة فقط. أصبح سارياً منذ 1 يوليو 1999.

(15) European Committee of Social Rights, Digest of the case law, Strasbourg December 2006, Council of Europe.

الاجتماعي (المنقح) حيث إن هذه المواد تركز بالترتيب على ظروف العمل الآمنة والصحية بالنسبة للعمال وحماية الأطفال ضد المخاطر البدنية والأخلاقية (مثل الحد الأدنى لسن العمل، وحظر توظيف الأشخاص أقل من ١٨ سنة في وظائف خطيرة وغير صحية،... إلخ)، وحماية ولادة المرأة الحامل أو الأمهات اللاتي ولدن للتو طفلاً وحماية خاصة لكبار السن.

### الحق في (الوصول إلى) الرعاية الصحية كحق اجتماعي

الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية كجزء من الحق في الصحة (مادة ١١). وعلى منوال العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، يعتبر الميثاق الاجتماعي الحق في الصحة شرطاً سابقاً للمحافظة على الكرامة البشرية. بهذه الطريقة، يكمل الميثاق المواد التي تضمن الكرامة الإنسانية، كما وضعها الميثاق الأوروبي لحماية حقوق الإنسان (مواد ٢ و٣).

تنص مادة ١١ فقرة ١ على أنه "بالنظر إلى ضمان التنفيذ الفعال للحق في حماية الصحة، تتكفل الأطراف، [...] بأن تتخذ التدابير الملائمة المخطط لها من بين أشياء أخرى لإزالة أسباب اعتلال الصحة بأقصى ما تستطيع". ورغم التشديد على الالتزام بإجراء سياسات عامة في ميدان الصحة العامة عموماً والصحة الوقائية على وجه الخصوص، يستطيع المرء أن يميز في هذه المادة أيضاً مبدأ وجوب قدرة كل شخص على الوصول إلى الرعاية الصحية<sup>(١٦)</sup>.

عموماً، من وجهة نظر اللجنة الأوروبية للحقوق الاجتماعية، الحق في الوصول إلى الرعاية يتطلب مايلي:

- يجب أن يتحمل المجتمع ككل - ولو جزئياً - تكلفة الرعاية الصحية؛ وبطريقة عكسية يعني ذلك أن من الممكن تحويل جزء من التكاليف إلى المريض (مثلاً من خلال أسلوب مساهماته الشخصية).

(16) Ibid, p. 91.

- يجب ألا تمثل الرعاية تكلفة ثقيلة بشكل مبالغ فيه على الفرد، لذلك يجب اتخاذ خطوات لتخفيض العبء المالي على المرضى من الأقسام الأكثر حرماناً من المجتمع.

- يجب ألا تؤدي ترتيبات الوصول إلى الرعاية إلى تأجيلات غير ضرورية في تقديم الخدمة. كما يجب أن تقوم القدرة على الوصول إلى العلاج على أساس معايير شفافة، متفق عليها على المستوى القومي، آخذين في الحسبان مخاطر التدهور في أي من الحالة الإكلينيكية أو جودة الحياة.

- يجب وجود طواقم عمل ومنشآت كافية<sup>(17)</sup>.

أثارت اللجنة الأوروبية للحقوق الاجتماعية ملاحظات مثيرة فيما يتعلق بكفاءة نظام الرعاية الصحية. طُبق عدد من المؤشرات الصحية الرئيسية من أجل رؤية إذا ما كانت وظائف نظام رعاية صحية معين تعمل بشكل سليم أم لا. "تتذكر اللجنة أن وضع صحة المرأة والطفل هو مؤشر رئيسي لما إذا كانت وظائف النظام الصحي ككل في البلد المعين تعمل جيداً أم لا. يؤثر معدل وفيات أطفال مرتفع على نحو خاص (في حالة ١٨,٦ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي) مشكلة التوافق مع المادة ١١ من الميثاق"<sup>(18)</sup>. وفي نفس السطر: "تشدد اللجنة على أن وفيات الأمهات خطر يمكن تجنبه، لذلك يجب أن تعالجه الدول الأطراف إذا ما كان لها أن تتوافق مع المادة ١١ من الميثاق. وباعتبار مستوى تطور نظام الرعاية الصحية الفرنسي بشكل خاص، يجب التمسك باتخاذ كل الخطوات الضرورية من أجل تحقيق معدل خطر أقرب ما يمكن للصفر"<sup>(19)</sup>. قدمت اللجنة أيضاً بعض التفسيرات المثيرة فيما يتعلق بتغطية نظام الرعاية الصحية: "يجب أن يمنح نظام الرعاية الصحية رعاية من الممكن وصول أوسع عدد إليها، وهو ما

---

(17) Ibidem, p.92.

(18) Ibid, p. 232, Conclusions Romania.

(19) Ibidem, 233, Conclusion Cyprus.

يفترض مسبقاً تغطية عريضة بشكل كاف للسكان ، وفي أحسن الأحوال تغطية شاملة ، و”تحمل تكلفة خدمات الرعاية الصحية بواسطة كيانات الكل الجماعية ، أو على الأقل الجزء الأساسي منهم“<sup>(٢٠)</sup>. وكما سوف نرى لاحقاً أن هذا التفسير للمادة ١١ يقطع شوطاً أبعد من مجرد وضع الشروط الدنيا للتغطية المنصوص عليها داخل إطار عمل المادة ١٢ من الميثاق الاجتماعي (صياغة الحق في الأمن الاجتماعي). وقد تقرر الآتي فيما يتعلق بقوائم الانتظار بشكل أكثر خصوصية: ”تدرك اللجنة حقيقة أن قوائم الانتظار التي تطول كثيراً لها أكثر من سبب ، وربما تعكس على نحو خاص الطلب المتنامي وتوقعات السكان . ومع ذلك ، تلاحظ اللجنة أن زمن أوقات الانتظار طويل بالمعايير المطلقة ، وأن الوضع لا يتحسن وأن عدد أسرة المستشفيات يتناقص بشكل مستمر . وهي تعتبر - بناء على هذه البيانات - أن تنظيم الرعاية الصحية في المملكة المتحدة لا يتكيف من أجل ضمان الحق في الصحة لكل فرد“<sup>(٢١)</sup>.

يجب توفير القدرة المتساوية للوصول إلى الرعاية ، ولكن عند تقييم ما إذا كان من الممكن تطبيق الحق في الحماية الصحية بشكل فعال أولت اللجنة انتباهها خاصاً لأوضاع المحرومين والفئات الضعيفة . ومن هنا تعطي المادة ١١ مزيداً من المحتوى الملموس للمادة ”E“ (التي تصيغ المبدأ العام لعدم التمييز عند تطبيق الميثاق الاجتماعي) (المنقح)<sup>(٢٢)</sup>. فعلياً تنص هذه المادة على أن: ”التمتع بالحقوق التي شرعها الميثاق يجب تأمينها دون تمييز على أي أرضية كانت مثل الجنس أو اللون أو النوع أو اللغة أو الدين أو الرأي السياسي أو الآراء الأخرى ، والانخلاع الاجتماعي أو الأصل الاجتماعي ، والصحة أو الارتباط بأقلية قومية ، أو مكان الميلاد أو أي وضع آخر“. لا يمكن بذلك أن يكون الوصول إلى الرعاية الصحية مشروطاً (مباشرة أو

---

(20) Ibidem, 233, Conclusion Cyprus.

(21) Ibidem, 233, Conclusions UK.

(٢٢) هذه المادة مسئلة من المادة ١٤ من العهد الأوروبي لحقوق الإنسان. فهي تأخذ مبدأ عدم التمييز المقرر في ديباجة الميثاق الاجتماعي ١٩٦١ ، وأدمجته في المتن الأساسي للميثاق المنقح.

بشكل غير مباشر) على أساس واحد أو أكثر من هذه المعايير . وفي نفس الوقت تدعو اللجنة لحماية خاصة للفئات الأضعف في المجتمع . هنا نقرب من تفسير المادة ١٢ من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الذي وضعته لجننتها . بالنسبة للأشخاص ذوي الموارد الكافية تضم المادة ١٣ من الميثاق الاجتماعي الأوروبي بنذاً مناسباً (الحق في المساعدة الاجتماعية والطبية) .

الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية كجزء من الحق في الأمن الاجتماعي (مادة ١٢)  
تطور المبدأ العام في الوصول إلى الرعاية الصحية بشكل أكثر تفصيلاً في المادة ١٢ من الميثاق الاجتماعي (المنقح) ، حرفياً ما يتعلق بالتنظيم البنيوي لنظام الرعاية الصحية الاجتماعي . بكلمات أخرى ، تضع المادة ١٢ شروط صياغة شكل لنظام صحي ممنوح على أساس التضامن ، يستطيع جزء واسع من جمهوره الوصول إلى الخدمات والمنشآت الصحية . تضمن المادة ١٢ فقرة ١ الحق في الأمن الاجتماعي . فهي تنص : "بالنظر إلى تأكيد الممارسة الفعالة للحق في الأمن الاجتماعي ، تتكفل الأطراف بتأسيس أو الحفاظ على استدامة نظام للأمن الاجتماعي " . من خلال معنى المادة ١٢ فقرة ١ يجب أن يتوافق نظام أمن اجتماعي مع المعايير العامة التالية . أولاً : يجب أن يغطي نظام الأمن الاجتماعي المخاطر التقليدية ، التي نجد من بينها تالياً لمخاطر البطالة ، والشيخوخة والمرض والعائلة<sup>(٢٣)</sup> ، المخاطر المتعلقة بالرعاية الصحية (الرعاية الطبية وإصابات العمل والأمومة) . ثانياً : يجب ضمان هذا الحق في الأمن الاجتماعي للعمال (ومن ضمنهم الأشخاص الذين يعملون لدى أنفسهم) ومن يعولونهم . وأيضاً يجب أن يتمتع جزء كبير من السكان بالتغطية من المخاطر المتعلقة بالصحة ، وبالنسبة لإصابات العمل هناك جزء كبير من القوى العاملة يجب تغطيته .

ومع مجرد وجود نظام للأمن الاجتماعي يجب أن يضمن هذا النظام حقاً نافذاً للأمن

---

(٢٣) لا تذكر هذه القائمة عدم السلامة ومناخ الباقيين على قيد الحياة؛ فقط لو ظلوا باقيين يجب أخذ هذه المنافع في الحسبان، انظر: Digest of the case law, p. 92.

الاجتماعي في مجال المنافع المقدمة في ظل كل فرع . وهذا يعني أن المنافع لمستوى معين يجب أن تكون مضمونة . وكما تحدد في الفقرة الثانية من المادة ١٢ ، تتكفل الأطراف الموقعة بالحفاظ على استدامة نظام للأمن الاجتماعي بمستوى مرضٍ ، والذي يساوي على الأقل المستوى المطلوب للتصديق على معاهدات "المعايير الدنيا" (أي اتفاقية منظمة العمل الدولية ١٠٢ التي تشير إليها المادة ١٢ من الميثاق الاجتماعي؛ الكود الأوروبي للأمن الاجتماعي الذي يشير إليه الميثاق بعد المراجعة)<sup>(٢٤)</sup> . بهذه الطريقة ، تعطي المعايير الدنيا للكود وعقد منظمة العمل الدولية ١٠٢ محتوى أكبر للحق العام في الأمن الاجتماعي كما ينص عليه الميثاق الاجتماعي . يشرع كلا العقدين فعلا معايير دنيا للمخاطر الاجتماعية التقليدية ، متضمنة الرعاية الصحية . وعندما يفي طرف في الميثاق الاجتماعي بالمعايير الدنيا لمعاهدات منظمة العمل الدولية ١٠٢ والكود الاجتماعي تُعتبر تلك الدولة عندئذ متماشية مع المادة ١٢ ، فقرة ٢ . إذا لم تكن الدولة طرفا في هذه الاتفاقيات ، عليها إظهار أن نظام أمنها الاجتماعي على الأقل مستوى المعايير الدنيا كما وضعتها المعاهدة ١٠٢ والكود . ورغم أننا سوف نعطي مزيدا من الشرح لهذه المعايير فيما يتعلق بالمخاطر المتعلقة بالرعاية الصحية ، نستطيع - في الحال - أن نذكر أنه يجب على الدول عدم الوفاء بالمتطلبات الدنيا لكل المخاطر الاجتماعية التسع . بالنسبة لمعاهدة منظمة العمل الدولية رقم ١٠٢ يكفي أن تفي بمتطلبات ثلاث مخاطر على الأقل؛ وبالنسبة للكود يجب أن تلتزم الدولة على الأقل بست مخاطر . ومع ذلك ، من أجل تطبيق الكود الأوروبي الاجتماعي ، يجري حساب الرعاية الصحية باثنين ولكبار السن بثلاثة . وبشكل ظاهر ، يُعطى وزن لتنظيم نظام الرعاية الصحية بشكل يساير أدوات "المعايير الدنيا" أكبر من - مثلا - إدخال مخطط لطيف للمنافع العائلية .

(٢٤) بالنسبة لمنافع استبدال الدخل ، صاغت اللجنة الأوروبية للحقوق الاجتماعية شرطا بدليا يشير إلى ٥٠٪ من متوسط الدخل بعد مساواته . ومع ذلك هذا المعيار المرجعي غير قابل للتطبيق على منافع الرعاية الصحية لأنها من طبيعة مختلفة (أي ، تعويض التكلفة) . انظر : Digest of the case law, 2006, p. 98.

أكثر من ذلك ، يجب تغيير نظام الأمن الاجتماعي القائم إلى الأفضل فقط . طبقا للمادة ١٢ فقرة ٣ ، يجب أن ترفع الدول بشكل تدريجي نظام الأمن الاجتماعي إلى مستويات أعلى . وإلى الآن ، ربما تُعتبر التدابير المتخذة لتقوية التمويلات العامة -وهو ما له أهمية في ميدان الرعاية الصحية- وسيلة من وسائل المساهمة في الحفاظ على استمرار واستدامة نظام الأمن الاجتماعي . من المحتمل أن تخفيض مستوى استحقاقات الرعاية الصحية كان من أجل ضمان الاستدامة المالية لكامل النظام في التحليل النهائي . مع ذلك يبقى أن أي تعديل يجب ألا يكون من النوع الذي يدمر الحماية الاجتماعية الفعالة . أكثر من ذلك ، يجب عدم تحويل خطط التأمين الاجتماعي إلى مجرد نظام للمساعدة الاجتماعية الأساسية<sup>(٢٥)</sup> .

الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية كجزء من الحق في المساعدة الاجتماعية والطبية  
(مادة ١٣)

يجب أيضا ضمان الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية لمن لا يمتلكون موارد كافية . تنص المادة ١٣ في فقرتها الأولى على أنه "بالنظر إلى ضمان الممارسة الفعالة للحق في المساعدة الاجتماعية والطبية ، يتكفل الأطراف بضمان أن أي شخص دون موارد كافية [ . . . ] يُمنَح مساعدة كافية ، وفي حالة المرض ، يُمنَح الرعاية التي تحتتمها حالته" . تقديم المساعدة يجب أن يمضي إلى حد أبعد مما يمليه الواجب الأخلاقي للصدقة والإحسان؛ يجب أن تمنح الخطة الأفراد المحتاجين حقا ذاتيا في منافع المساعدة . لا تتمتع الأطراف المتعاهدة بمجرد قوة منح المساعدات كما يرونها مناسبة؛ فهم يخضعون لالتزام ربما يُستدعون بسببه للمحكمة من أجل احترام هذا الحق<sup>(٢٦)</sup> . وبالتالي يجب أن يؤسس الحق في المعاونة (الطبية) حقا فرديا موضوعا في القانون ومدعوما بحق الاستئناف الفعال<sup>(٢٧)</sup> .

(25) Ibid, p. 100.

(26) Ibid, p. 104.

(27) European Committee of Social Rights, Digest of the case law, comment article 13, p. 251.

لا تقول المادة ١٣ أي شكل يجب أن تأخذه المساعدة الاجتماعية. إلا أنه بخصوص المساعدة الطبية يجب أن يلقى كل من تنقصه الموارد في حالة مرضه أو مرضها الرعاية التي تملئها حالته أو حالتها مجاناً دون أي رسوم. تشير المساعدة الطبية في هذا المقام إلى الرعاية الصحية المدعومة مالياً أو المجانية أو المنح التي تمكن الأشخاص من دفع مقابل الرعاية الذي تتطلبه حالتهم. لم تحدد اللجنة بعد بالضبط المدى الذي تغطيه المساعدة ولا ما إذا كانت مقصورة فقط على علاج الأمراض. نستطيع أن نقرأ في النصوص المفسرة أن "ليس في مقدورنا تحديد طبيعة الرعاية المطلوبة، ولا المكان الذي تُقدّم فيه"<sup>(٢٨)</sup>. فخطورة المرض لا يمكن أن تمثل عاملاً لرفض منح المعاونة الطبية<sup>(٢٩)</sup>. أكثر من ذلك، كما هو منصوص عليه في كل منافع المساعدة، يجب أن يكون المستوى "مناسباً"، أي يجعل من الممكن أن تحيا حياة هادئة وأن تغطي الاحتياجات الأساسية للمرء. ويجب أن تقدم هذه المساعدة مادامت استمرت حالة الاحتياج. وليس واضحاً ما إذا كان ذلك يعني أن شروط الاستحقاق قد تكون محدودة عند مقارنتها بأشخاص مؤمن عليهم اجتماعياً، شاملاً ذلك الرعاية الصحية. هل تستطيع دولة مثلاً قصر القدرة على الوصول إلى الصحة للأشخاص المحتاجين إلى حزم الخدمات الأساسية التي هي أقل كثافة من حزم التأمين الصحي العامة؟

يجب أن يشير المرء هنا إلى تعليق تفسيري سابق من اللجنة حول المادة ١٢، نص على أن الحق في الأمن الاجتماعي (ومن هنا الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية) يجب أن يخاطب - خصوصاً - أضعف أقسام السكان. هل يحظر هذا على الدول تقديم خطط رعاية صحية أقل تطوراً لمن يستحقون المساعدة الطبية؟ الحماية الخاصة للأشخاص المحتاجين لا تعني في رأيي أن نفس الحماية يجب ضمانها مثل تلك التي يشهدها المرء في خطط الرعاية الصحية الاجتماعية. يجب تكييف المساعدة الطبية للمحتاجين طبقاً لاحتياجاتهم الخاصة. وهذا قد يعني مثلاً أنه حتى في بعض الحالات

(28) Ibid, p. 104; and -, Conclusions XIII-4, Statement of interpretation on Article 13, p. 54-57

(29) Ibidem



من الممكن تقديم استحقاقات أكثر كثافة (واضعين في الحساب حالة الاحتياج)، ولكنها في نفس الوقت مشروطة أكثر كثيرا (لحظر السلوكيات المسيئة مثلاً أو من أجل رصد سلوكيات تكاملية). والحالة الأخيرة قد تعني أيضاً أن الحزمة المقدمة لنوع آخر تُمنح أيضاً للمحتاجين للمساعدة الطبية.

أما بالنسبة لمجال الأشخاص، تعود الإشارة إلى الأجانب المقيمين في النطاق الإقليمي للدولة الموقعة. لهذا يجب قراءة المادة ١٣ مع ملحق الميثاق في نفس الوقت، للتعامل مع تطبيق الحقوق الاجتماعية المدرجة للأجانب: "الأجانب الذين هم مواطنو الأطراف المتعاقدة وقيمون بشكل قانوني أو يعملون بشكل منتظم في النطاق الإقليمي لطرف آخر أو يفتقدون للموارد الكافية يجب أن يتمتعوا بالحقوق الفردي في المعاونة الملائمة على قدم المساواة مع مواطني الدولة". تؤكد الفقرة الرابعة من المادة ١٣ هذا المبدأ تماماً ولكن في نفس الوقت تمضي خطوة أخرى صغيرة للأمام، على الأقل متتبعة بالأحرى التفسير العريض الذي تقدمه اللجنة: كل الأجانب المقيمين بالنطاق الإقليمي للدولة يجب أن تكون لديهم القدرة على الوصول إلى المساعدة الاجتماعية والطبية العاجلة على الأقل<sup>(٣٠)</sup>. يذهب مجال هذه الفقرة هكذا إلى مدى أبعد في نقطتين على وجه الخصوص. أولاً: أنه يكفي أن هذا الشخص مقيم في حدود هذا النطاق الجغرافي؛ الإقامة ليست مطلوبة. ثانياً: هي تغطي كل الأجانب وليس فقط المواطنين القادمين من دولة أخرى موقعة على الاتفاقية. في قضية فيدا ضد فرنسا، المستندة إلى شكوى جماعية (انظر أدناه) قررت اللجنة - حتى ولو في ظل ظروف معينة- أنه يجب أن يكون العلاج الصحي مضموناً للمهاجرين غير الشرعيين<sup>(٣١)</sup>. إلا أن المجال المادي أكثر تقييداً. فالمطلوب من الدول تقديم الرعاية الكافية لهؤلاء الأشخاص للتعامل مع حالة الاحتياج الفورية (متضمنة الإقامة والطعام والطوارئ والملبس). يجب أن نحكم على تقديم الرعاية الطبية العاجلة بشكل فردي، نظراً

(30) Ibidem, p. 110.

(31) European Committee of Social Rights, 5 September 2003, Collective complaint from FIDH v. France.

للحالة الخاصة التي عليها الشخص محل الاعتبار<sup>(٣٢)</sup>. لذا مطلوب تقارير -خصوصا- في الدولة التي لا تقدم رعاية صحية مجانية تشير إلى عدد الأشخاص الذين يتلقون المساعدة الطبية في كل فترة مرجعية وتعطي معلومات عن كمية الأموال المكرسة للمعاونة الطبية والنسبة المئوية لنفقات الدعم الاجتماعي الموجهة لهم<sup>(٣٣)</sup>. بكلمات أخرى، لا نحكم على مستوى المساعدة الطبية على أساس فردي ولكن على أساس مجموع إجماليات ما تم إنفاقه. ورغم ذلك لم يتعين بعد كيف يمكن تنفيذ التقييم بشكل ملموس.

### ما يتعلق بالتزامات التعاهد والإنفاذ القانوني لها

يخضع التوافق مع الميثاق الاجتماعي (المنقح) للمراقبة من خلال نظام إشراف يُطالب كل دولة متعاقدة بتقديم تقرير كل سنتين إلى لجنة مستقلة من الخبراء (أي لجنة الحقوق الاجتماعية الأوروبية). النتائج التي تخلص إليها هذه اللجنة تخضع للفحص بواسطة لجنة حكومية تتشكل من ممثلي حكومات الأطراف الموقعة مع مراقبين من اتحادات ونقابات المستخدمين الأوروبية<sup>(٣٤)</sup>. للمجلس البرلماني الحق في فحص هذه النتائج والتعليق عليها أيضا، ولجنة الوزراء لديها سلطة وضع توصيات للدولة العضو التي تعتبرها هذه اللجنة أنها قد اخترقت الالتزامات المنصوص عليها في الميثاق. إذا ما قررت لجنة الوزراء أن دولة ما لم تفِ بما يجب عليها القيام به، تدعو اللجنة تلك الدولة إلى اتخاذ الخطوات والتدابير اللازمة وضمان توافقها مع ما هو مطلوب منها. إلا أنه من الصعب تطبيق عقوبات حقيقية. وبشكل مثير للاهتمام، اللجنة الحكومية

---

Digest of the case law, ibid, p. 110.. See as well the case FIDH v. France (decision of 5 September 2003), حيث قررت المحكمة أن الحق في الرعاية الصحية لأطفال المهاجرين غير الشرعيين والصغار الذين يصحبونهم يقتصر على الرعاية الصحية الضرورية، بينما المهاجرون البالغون غير الشرعيين يمتلكون فقط الحق في الرعاية الصحية الطارئة، المتضمنة في حالات التعرض للهلاك.

(33) Ibidem

(٣٤) قبلت أيضا بعض الدول بروتوكولا إضافيا للميثاق الاجتماعي يقدم نظاما من الشكاوى الجماعية (٩ نوفمبر ١٩٩٥). بناء على هذا الإجراء تستطيع النقابات ومنظمات رجال الأعمال والمنظمات غير الحكومية المعترف بها رفع شكاوى ضد دولة لا تفي بالتزاماتها الواردة في الميثاق، مباشرة إلى اللجنة الأوروبية للحقوق الاجتماعية. وتستطيع اللجنة عندئذ تحويل تقييمها للشكاوى مباشرة إلى لجنة الوزراء.

متشددة في تفسيرها للميثاق الاجتماعي أكثر كثيرا جدا من اللجنة الأوروبية للحقوق الاجتماعية. وبالأحرى فإن الأخيرة تمضي بعيدا في تفسيراتها للحقوق الاجتماعية المدرجة في الميثاق؛ ولا تجد تصريحاتها أحيانا صلة واضحة مع الحقوق المقررة. وبالفعل يصبح محل تساؤل ما إذا كانت اللجنة تمتلك سلطات لتطوير قوام قانوني للميثاق والتزاماته. ومع ذلك، حقيقة أن اللجنة الحكومية هي أكثر رزانة وعمقا كثيرا جدا في تفسيراتها، وهي لذلك تتضاءل إلى حد بعيد أمام الاستنتاجات بعيدة المدى التي تصل إليها لجنة الحقوق الاجتماعية، وتظهر أن مواد الميثاق الاجتماعي تنص على مبادئ شديدة العمومية لدرجة أنه لا يمكن تنفيذها تلقائيا. وخصوصا فيما يتعلق بالمواد المتعلقة بالأمن الاجتماعي (التي علقنا عليها أعلاه) فلا توجد أدلة ملموسة على أن المحاكم الوطنية سوف تطبقها مباشرة في أي حالة أمامها<sup>(٣٥)</sup>. وأخيرا يجب ذكر أن سلطات التفسير الأوروبية الممنوحة للجنة الأخيرة قد تم نسفها.

لا تمتلك محكمة حقوق الإنسان الجدارة لتفسير مواد الميثاق الاجتماعي (المنقح). إلا أن ذلك لا يمنع المحكمة من إسناد قانون قضاياها بشكل غير مباشر إلى التعليقات التفسيرية للميثاق الاجتماعي الأوروبي التي خرجت من اللجنة الأوروبية للحقوق الاجتماعية. مثال هذا الإسناد الترافقي للميثاق الاجتماعي الأوروبي من الممكن رؤيته مثلاً في قضية "بواريه"، التي كان على المحكمة تقييم ما إذا كان شرط الجنسية في التشريع الفرنسي من أجل استحقاق مكافآت البالغين ذوي الإعاقات ينتهك المادة ١٤ من العهد الأوروبي (عدم التمييز) عند تناوله مع المادة ١ من البروتوكول رقم ١١ (حماية حقوق الملكية)<sup>(٣٦)</sup>. ورغم ذلك، التفسير المباشر أو تقييم (الميثاق

(٣٥) وعلى النقيض، المواد المتعلقة بالحق في التنظيم (مادة ٥) والحق في اتخاذ موقف جماعي، شاملا ذلك الحق في الإضراب (مادة ٦) تُطبق أحيانا بشكل مباشر في سوابق قانونية، انظر في هذا المقام:

K. Kapuy, D. Pieters and B. Zaglmayer, Social security cases in Europe: The European Court of Human Rights, (Antwerpen: Intersentia, 2007), p.3.

(36) ECHR, 30 September 2003, Koua Poirrez v. France, Appl. 40892/98

(٣٧) انظر الاعتبار رقم ٢٩، حيث يُدرج الميثاق الاجتماعي وخصوصا تفسير اللجنة له "كقانون داخلي ذي علاقة" يُؤخذ في الاعتبار: اللجنة الأوروبية للحقوق الاجتماعية، الاستنتاجات المتعلقة بتوافق فرنسا مع المادة ١٢ من الميثاق:

15 th report, reference period 1997-1998; Conclusions XV-1, Volume 1, p. 277, Council of Europe editions, 2000

الاجتماعي المنقح) الأوروبي لا يقع داخل نطاق جدارة المحكمة الأوروبية. ومن هنا لا يستطيع المرء أن يستخلص أن التأثير القانوني لأدوات الحق الاجتماعي يبدو ذا طبيعة محدودة.

#### بعض الاستنتاجات الأولية فيما يتعلق بأدوات الحقوق الاجتماعية

رغم إعطاء أوزان مختلفة للتبعات القانونية الملموسة، فإنه عندما يصل الأمر إلى الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية، تفرض بشكل رئيسي كل من أدوات الحقوق على الدول الموقعة التزاماً عاماً بأن يكون لديها نظام (اجتماعي صحي) قائم يضمن القدرة لسكانها - بأسلوب غير تمييزي ومنصف - على الوصول إلى الرعاية الصحية.

تخاطب بنود العهد بشكل رئيسي الدول ولكنها مُصاغة بشكل عام. ويشدد العهد بشكل خاص على الحق في الوصول إلى المحددات الصحية (الغذاء والتغذية... إلخ)؛ ويركز الميثاق الاجتماعي أساساً على الحاجة إلى الوجود الفعلي لنظام حماية اجتماعية سليم. على الدول أن تظهر أنها تتكفل بالجهود الضرورية للوصول إلى الأهداف الموضوعية. وعند تحديد الالتزامات بشكل أكثر تفصيلاً (مثلاً فيما يتعلق بالالتزامات الجوهرية أو فيما يتعلق ببند عدم التمييز في ميدان الرعاية الصحية)، لا يستطيع المرء سوى أن يستخلص أنه لم تكن هناك نية لمنح القابلية المباشرة لتطبيق البنود؛ حيث تقوم إجراءات إشرافية معينة على أساسها يتم تقييم الجهود التي تتكفل بها الدول.

أما فيما يتعلق بالمحتويات (كيف يجب أن يكون شكل النظام؟) نظل البنود مبهمة أكثر أو كما هو الحال مثلاً بالنسبة للميثاق الاجتماعي، تشير البنود إلى أدوات تضع معايير قياسية للموضوع محل النظر. والمثير هنا هو دور اللجان المشرفة على التقارير التي ترسلها الدول الموقعة حيث تقوم بتفسير بنود العهد وبنود الميثاق وحيث يوجد - غالباً - مزيد من الأدلة الاسترشادية للتفسير التفصيلي عن الوضع الذي يبدو عليه الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية. ويجب على الدول - مثلاً - ألا تتصرف بأسلوب تمييزي كما يجب من حيث المبدأ أن تمنح تغطية شاملة لكن مع انتباه خاص للأجزاء

الأضعف من السكان . وهذا يعني من بين أشياء أخرى وجوب استخدام أساليب المشاركة في تحمل التكلفة في أضيق نطاق بالنسبة لهذه الفئات . ويجب أيضا أن يكون نظام الرعاية الصحية الذي يقدم للسكان له القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية وذا طبيعة عامة ، ويجب على الدول منع التأمين الصحي الخاص من الاستحواز على حصة كبيرة من تنظيمه . تشير القواعد التفسيرية الأخرى إلى قوائم الانتظار أو إلى فعالية النظام ، والتي يمكن قياسها على أساس المخرجات الصحية .

ورغم أن هذه الدلائل الاسترشادية تعطي بعض الدلائل الملموسة بشكل أكبر فيما يتعلق بالقدرة على الوصول ، فإنها تغامر بتدمير الحقوق الجوهرية على المدى الطويل . فالكثير من هذه الدلائل تتجاوز الحد فيما هو منصوص عليه في أدوات الحقوق الجوهرية ، فهي لا تفسر مفهوماً ولا تفسر جملة ولكنها ببساطة تضيف بنوداً أو أحكاماً جديدة لأدوات الحقوق الجوهرية . إلا أن اللجان ليس لديها سلطة فعل ذلك ، ومن ثم تتعرض سلطاتها للخطر . ترفض الأطراف الموقعة تفسيراتها ، وخصوصاً عندما لا تتبع هذه التفسيرات من نص الوثائق . وحقيقة أنه نادراً ما تأخذ اللجنة الحكومية على محمل الجد التوصيات الإشرافية للجنة الحقوق الاجتماعية بخصوص تطبيقات الميثاق الاجتماعي الأوروبي هي دليل واضح على ذلك . وأيضاً على ما هو ظاهر ، تذهب اللجنة التي تفسر العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بعيداً في جدارتها على التفسير . ففي تشريعاتها المتنامية ، كان عليها أن توضح المرة تلو الأخرى ماهية الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية من حيث الجوهر ، عند صياغتها للالتزامات الجوهرية في التعليق رقم ٣ . وكان عليها أيضاً أن تتأكد من أنه على الأقل تجري متابعة هذه الالتزامات ، وهكذا تدمر بنفسها - بشكل غير مباشر - السعي نحو الالتزامات الأخرى التي ميزتها في نص العهد .

## ٢. الحق في الرعاية الصحية كما يُعرّف بأدوات "معايير الحد الأدنى القياسية"

إدخال معايير الحد الأدنى القياسية كما تُعرّفها اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٠٢ والكود الأوروبي للأمن الاجتماعي

اقترحت منظمة العمل الدولية عام ١٩٥٢ أداة تحتوي معايير الحد الأدنى القياسية في مجال الأمن الاجتماعي للتوقيع على الدول الأعضاء فيها: اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٠٢ (٣٨). إذا ما تكلمنا بشكل فني، أدرج بالاتفاقية قائمة بتسع حالات طارئة كبرى تعتبرها على الأقل وقت إطلاق الاتفاقية أنها المخاطر التقليدية للأمن الاجتماعي. وإذا ما تكلمنا بشكل واقعي، وضعت المعايير بسبب الحالات الطارئة التالية: الرعاية الطبية، والمرض والبطالة والشيخوخة وإصابة العمل والأعباء العائلية والأمومة والعجز والبقاء على قيد الحياة. المعايير التي تطورت فيما يتعلق بالرعاية الصحية، ورعاية الأمومة وإصابات العمل ذات علاقة بموضوعنا. تحتوي الحالتان الطارئتان الأخيرتان فعلياً على بنود تتعلق بكل من المنافع النقدية (استبدال الدخل) ومنافع عينية (الرعاية الطبية)، والمنافع الأخيرة ذات طبيعة أكثر إلحاحاً بقليل من المعايير الموجودة في الجزء العام المتعلق بالرعاية الطبية.

وقد كان الكود الأوروبي للأمن الاجتماعي (١٩٦٤)، أداة "معايير الحد الأدنى القياسية" التي وضعها المجلس الأوروبي لدوله الأعضاء، على غرار وثيق الصلة باتفاقية منظمة العمل الدولية (٣٩). يكرر الكود بنود اتفاقية المنظمة مع بعض تعديلات صغرى. إلا أنه أكثر إلحاحاً، حيث يفرض على الدول الموقعة أن تتوافق مع ست حالات طارئة على الأقل، في الوقت الذي تطلب فيه اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٠٢ الالتزام بثلاث حالات فقط، أضف إلى ذلك أنها وضعت مسودة (٤٠) بروتوكول إضافي للكود (٤١). يتطلب هذا البروتوكول احترام معايير قياسية أعلى. بطريقة ما،

(٣٨) منذ خروجها إلى حيز التنفيذ، صدقت على المعاهدة ٤١ دولة عضواً في منظمة العمل الدولية.

(٣٩) وقعتها ٢٥ دولة عضواً في المجلس الأوروبي، متبوعة بعشرين تصديقاً.

(٤٠) وقعتها ١٣ دولة وصدقت عليها السبع دول التالية: بلجيكا وألمانيا ولكسمبورج وهولندا والنرويج والبرتغال والسويد.

(٤١) لن نناقش هنا الكود المنقح (٦ نوفمبر ١٩٩١) التي حثت من بنود الكود الأساسي، حيث لم تصدق عليه أي دولة عضو في المجلس الأوروبي حتى الآن.

تصميم البروتوكول يتناسب مع دول أوروبا التي لديها نظام قائم يمتد بسهولة إلى كل الأرجاء بمعايير اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٠٢. وعند أخذ الفروق الاقتصادية والاجتماعية الضخمة بين الدول الأعضاء في الاعتبار، تنشأ الاتفاقيات القياسية بأسلوب أكثر مرونة حتى لا تكون بالكامل خارج قدرة البلدان الأفقر، ولكنها تحتفظ في نفس الوقت ببعض العلاقة بالأنظمة الأكثر تطوراً. وهذا يوضح - مثلاً - القبول الجزئي بمعايير الحد الأدنى القياسية، أي بالنسبة لبعض الحالات الطارئة على الأقل وليس لجميعها. أكثر من ذلك، تمت صياغة الاتفاقيات بطريقة تضع فيها فقط معايير قياسية "دنياً". وهذا يعني أنه بحكم التعريف تستطيع الدول أن تفعل الأحسن إذا ما رغبت في ذلك. بل عديد من بنود الاتفاقيات مصممة بطريقة ما تسمى نسبية. فالمعايير التي تقيم - مثلاً - مستوى المنافع توضع في علاقة مع الحقائق القومية، أي المتوسط الوطني للأجر. يجب أن تكون منافع الشيوخوخة - مثلاً - في حدود ٤٠ ٪ مما يكسبه المنفع العادي في البلد<sup>(٤٢)</sup>. وعند تطبيق ذلك على الرعاية الصحية، مستوى المساهمات الشخصية الذي تفرضه الدولة على المريض الذي تشملته التغطية، يُحدّد - مثلاً - كنسبة مئوية أقصى من التكلفة القومية لمنتج الرعاية الصحية المعين<sup>(٤٣)</sup>. وبغض النظر عن بعض الاستثناءات، لا تنطبق هنا معايير المواءمة القياسية المطلقة، مثل المنافع الدنيا الشاملة لمستوى معين.

وبجانب البنود العامة التي تحتوي من بين أشياء أخرى تعريفات بعض المفاهيم، والالتزامات التي يجب اضطلاع الدولة الموقعة بها، ومعايير الإدارة والتمويل، والخلفيات التي على أساسها من المسموح للدول أن تعلق المنافع الممنوحة، يقوم هيكل الحالات الطارئة المختلفة بنفس الطريقة. وقبل كل شيء، يتحدد العدد الأدنى من الأشخاص الذين تغطيهم هذه المنافع في كل حالة طوارئ معينة ("مجال الأشخاص" في المخطط). وتالياً، نجد البنود المتعلقة بمدد الانتظار، وفترات التأهيل، وزمن الدفع مقابل المنافع، والشروط الأخرى الحاكمة للقدرة على الوصول إلى هذه المنافع ("المجال المادي" للمخطط)؛ وأخيراً، البنود التي قد نجدها مصممة من أجل اختبار

(٤٢) ولهذا الغرض، تأسست قواعد لتحديد المنتفع الفرد في الدول الموقعة: انظر مواد ٦٥ و٦٦ و٦٧.

(٤٣) وكما تم في بروتوكول الكود الأوروبي للأمن الاجتماعي؛ انظر المزيد أدناه.

مستوى المنافع . ولهذا الغرض تم تعريف دخل مرجعي في جزء خاص (الجزء الحادي عشر: مواد ٦٥ و ٦٦ و ٦٧)، يتم تحديد المنافع قبالة . الفكرة الرئيسية هي أن كل منفعة يجب أن تصل إلى مستوى استبدال الحد الأدنى من الدخل (انظر الجدول في الجزء الحادي عشر ، والموجود في نهاية اتفاقية منظمة العمل الدولية والكود الأوروبي) . والأخير مع ذلك لا يتعلق بالرعاية الطبية، حيث إنه يركز على منافع استبدال الدخل .

لاحقا ، سوف نصف بنود اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٠٢ والكود الأوروبي المتعلقين بموضوعنا ("الوصول إلى الرعاية الصحية")؛ والوصف سوف يتم تلقائيا ، لأن أوجه التماثل بين الأداتين كثيرة . تخاطب المعايير القياسية بشكل رئيسي أوجه الوصول إلى الرعاية الصحية . بكلمات أخرى هاتان الاتفاقيتان تركزان أساسا على مخطط الرعاية الصحية كجزء من الأمن الاجتماعي . أولا: يُقدم عرض عام للمعايير الصحية لكل حالة طارئة (ذات علاقة) تُقدّم المعايير حيث قد توجد في الفصل العام عن الرعاية الصحية . ثم سوف نركز على معايير الرعاية الصحية النوعية كما هو منصوص عليها في الفصول التي تتناول رعاية الأمومة وإصابات العمل . وأخيرا سوف ننظر في بعض المعايير الأكثر تقدما كما هي مطروحة في بروتوكولات الكود واتفاقيات منظمة العمل ، والتي تم تصميمها خصيصا لحالات الطوارئ .

### معايير الحد الأدنى القياسية للوصول إلى الرعاية الصحية

يبدأ قسم الرعاية الصحية بتعريف . في المادة ٧ ، تتحدد الرعاية الصحية بوصفها تقديم منافع تتعلق بحالة تتطلب رعاية طبية ذات طبيعة وقائية أو علاجية . كل دولة وقد قبلت بهذا الجزء من الاتفاقية ، يجب أن تضمن لمواطنيها الذين تغطيهم تلك المنافع ، القدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية ، كل من الخدمات الوقائية والعلاجية متضمنة الرعاية الصحية تشمل أي حالة مرضية ، مهما كان سببها ، تتضمن الحمل والولادة وعواقبهما . أما ما يجب أن يصبح مفهوما "بالحالة المرضية" ، فتعطي منظمة العمل الدولية مزيدا من الإرشاد: ربما تعتبر الحالة مرضية مادامت تتطلب -حتما - رعاية طبية . وإذا ما تحدثنا بشكل عام ، فإنه يجب أن تكون تكلفة الرعاية الطبية في حدود القدرة الاقتصادية من وجهة نظر الحفاظ على صحة الشخص ، الذي يحظى بالحماية أو استرجاعها أو تحسينها ، وقدرته على العمل والقيام



بتلبية احتياجاته الشخصية<sup>(44)</sup>. ومن هنا، يظل التعريف أكثر عمومية ولا يعطي سوى الإشارة إلى الوقاية، وأي دليل ملموس على أي نوع من خدمات الرعاية الصحية يجب تقديمه.

حتى نحصل على مزيد من المعلومات حول أي من أنواع خدمات الرعاية الصحية سوف تُمنح، نحتاج إلى النظر في المادة ١٠ (المجال المادي). بشكل ملموس يجب أن يتمتع الأشخاص الذين يحظون بالحماية بالمنافع الصحية التالية: رعاية الممارس العام، متضمنة الزيارات المنزلية؛ ورعاية الإخصائي؛ والإمداد بالمستحضرات الدوائية الأساسية كما يصفها الممارس الطبي أو الممارسون الآخرون المؤهلون؛ ودخول المستشفى حينما يكون ذلك ضروريا. كحالتى الحمل أو الولادة، فالمحدد بوضوح هو أن رعاية ما قبل الولادة، وأثناء الولادة وما بعد الولادة يجب أن تكون مضمونة، إما بواسطة الممارس الطبي أو بواسطة القابلات المؤهلات وعند الضرورة يجب أن تدخل المستشفى. ورغم أن هذا الوصف يعطينا بعض التوجيه المفصل بمعنى أن نظم الرعاية الصحية يجب أن تغطي الرعاية العامة، والرعاية المتخصصة المقدمة في المستشفيات، والأدوية الأساسية ورعاية الأمومة، فإنها كلها تظل غامضة تماما. وبالتالي، لا يفرض الوفاء بهذا المجال المادي (أو جزء منه) مشاكل كبيرة على معظم الدول.

والمهم هو قدرة الدولة على الإشارة إلى أن الشرائح العامة من خدمات الرعاية الصحية - رعاية العيادات الخارجية، ورعاية الإقامة بالمستشفيات ورعاية الأمومة وقائمة بالأدوية المغطاة - متاحة لسكانها تحت مظلة التغطية. بعد ذلك نستطيع أن نقرأ في المادة ١٠ أن المستحضرات الدوائية (الأساسية) يغطيها النظام فقط عندما يصفها المسئول الصحي. أكثر من ذلك، لا تتضمن تكلفة دخول المستشفى المغطاة تكلفة الصيانة والتمريض والخدمات المعاونة الأخرى؛ عند الحديث بصراحة عن تكلفة الرعاية الصحية<sup>(45)</sup>. لم تعط لجنة الخبراء، التي قامت بتفسير كل من اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٠٢ والكود (انظر أدناه تحت عنوان الإنفاذ القانوني)، كثيرا من المعلومات الإضافية في هذا المقام، وكذلك التقرير التفسيري لاتفاقية المنظمة والكود.

(44) ILO, Standards for the XXist Century, Geneva, 2005, p. 17

(45) E. Imesch, "The European Code of Social Security: General structure and those parts of the Code not relating to pensions", in Council of Europe (ed.), Compilation social security training course, 1998, (63), 68.

أيضا البند الذي يتناول مستوى المساهمات الشخصية - جزء الرعاية الصحية المغطاة الذي يجب على المريض دفع مقابله بشكل مباشر لمقدم الخدمة الصحية - يأتي نصه عاما جدا. تحكم المادة ١٠ فقرة ٢ بأن التشريعات الوطنية ربما تطلب من المنتفعين المشاركة في تكلفة أي رعاية طبية يتلقونها (ما عدا الرعاية الطبية الممنوحة في حالة الأمومة). إلا أن كمية المشاركة في الدفع المسموح بها لم تتعين. وتنص المادة فقط على أن "قواعد مثل هذه المشاركة في الدفع سوف تُصمَّم بحيث تتجنب المشقة". يعطي بروتوكول الكود مزيداً من المؤشرات هنا (انظر أدناه تحت المعايير المقدمة). ومع ذلك، فمن الصعب تقييم معيار "تجنب المشقة" في أدوات وضع المعايير العامة. عموماً، سوف تعطي لجنة الخبراء المشرفة على تطبيق هذه الأدوات، مزيداً من الانتباه لشرائح الناس؛ ذوي الأمراض المزمنة أو للأشخاص محدودي الوسائل، حيث إن هذه الشرائح هي التي تتعرض لمواجهة المصاعب. والمسألة الإشكالية هي كيف يجب أن يحسب المرء الكميات المحددة لمساهماته الخاصة. هل يضيف المرء معاً كل المقادير المختلفة لكل المنافع ومن هنا يقيس المقدار الكلي لمساهماته عموماً؟ أو هل يحسب المرء مثلاً بالطريقة المطبقة ببروتوكول الكود كل شريحة على حدة؟ تختلف فعلياً خدمات الرعاية بشكل شديد عن بعضها في جانب التكلفة: ٢٥ ٪ كمساهمة خاصة في إقامة طويلة بالمستشفى تعني بالأرقام المطلقة شيئاً ما مختلفاً عن ٣٣ ٪ مما يدفعه المريض مقابل رعاية روتينية للأسنان. ولهذا الحد، لا يمكن إعطاء إجابة واضحة فيما يتعلق بهذا السؤال. بالأحرى تميل لجنة الخبراء إلى أسلوب وضع تقديرات حسابية مبنية على أرقام مثل المستخدم في البروتوكول لحساب المعايير القياسية العامة.

وحيث إن قائمة الخدمات الطبية المغطاة هي أمر غير دقيق - فالقائمة تتعامل مع الشرائح الصحية العامة - لذا تمتلك بنود المساهمات الشخصية فوق كل شيء أثراً ضاراً؛ فمن الأفضل للدولة ألا يكون لديها على الإطلاق تغطية لنوعية معينة من العلاج من أن تغطيها فقط بشكل جزئي. في الحالة الأخيرة، تخاطر الدولة بأن تصطدم بالمادة رقم ١٠، حيث إن التكلفة العالية نسبياً المفروضة على المريض ربما تعتبر عاملاً يدفع المريض نحو تكبد المصاعب. وفي الحالة الأولى - لا توجد تغطية على الإطلاق للخدمة الصحية - لا يوجد تصادم مع المعايير مادامت الخدمات الطبية العامة الأخرى أو خدمات الإخصائي متوقعا وجودها في النظام الصحي.

وسؤال آخر يتعلق بالمجال الشخصي: أي أشخاص يجب تغطيتهم بالحد الأدنى؟ مادة ٩ التي تتعامل مع المجال الشخصي، تمت صياغتها مرة أخرى بطريقة أكثر مرونة: "الأشخاص الذين يخضعون للحماية سوف يتكونون من:

أ. الفئات المقررة من المستخدمين، التي لا تمثل إلا أقل من ٥٠٪ من كل المستخدمين، وأيضا زوجاتهم وأطفالهم، أو

ب. الفئات المقررة من السكان الذين يقومون بنشاط اقتصادي، التي تمثل أقل من ٢٠٪ من كل المقيمين، وأيضا مع زوجاتهم وأطفالهم، أو

ت. الفئات المقررة من المقيمين، التي تمثل أقل من ٥٠٪ من كل المقيمين."

تتعلق مرونة الوصف بأنظمة الرعاية الصحية المختلفة القائمة في أوروبا، إذا لم نقل في العالم كله. لو كان المستخدمون -أو بعض شرائحهم- هم فقط من يتمتعون بالتغطية، فعلى الأقل ٥٠٪ من المستخدمين يجب تغطيتهم، يشمل ذلك أعضاء العائلة المعتمدين عليهم. في حالة تغطية نظام الرعاية الصحية أكثر من المستخدمين فقط، تعتمد معايير الحد الأدنى على نوع النظام القائم: لو كان النظام من النوع المهني -يغطي أناسًا يقومون بنشاط اقتصادي، مثل المستخدمين، ومن يعملون لدى أنفسهم وموظفي الخدمة المدنية - على الدولة التأكد من أن نسبة ٢٠٪ من السكان على الأقل تتمتع بالتغطية. بعبارة أخرى، من الممكن استهداف النظم الصحية الشاملة، بمعنى أنها تغطي فقط الأشخاص الذين لا يمتلكون سوى موارد محدودة. إلا أن نسب التغطية الدنيا تبدو أكثر انخفاضاً: لن يستطيع نظام الرعاية الصحية الوفاء بمثل هذه المعايير، حتى في الدول الأقل تصنيفاً؟ إلا أننا يجب أن نأخذ في حسابنا أن بعض الدول تواجه مشاكل خطيرة؛ لأن أقساماً واسعة من السكان الذين ينشطون اقتصادياً يعملون في اقتصاد "مستتر". وتلك مشكلة النظم الصحية المحترفة بشكل خاص، حيث إن العمالة "المستترة"، في رأيي، يجب حسابها في الشرائح المرجعية للمقيمين (٢٠٪ منهم) والمستخدمين (لا بد من تغطية ٥٠٪ منهم). وحيث إنهم لا يوجدون في أوضاع عمل رسمية، فهم اجتماعياً غير مؤمن عليهم صحياً، ومن هنا عندما يوجد نظام اقتصادي مستتر وواسع، سوف يكون من الصعب الوصول إلى معايير.

قد تخضع معايير استحقاق المنافع للاكتمال خلال فترة تأهيل ، وهي الفترة التي تعتبر ضرورية لحظر إساءة الاستغلال (مادة ١١) . فترة التأهيل قد تتكون من فترة لجمع المساهمات ، فترة لخلق فرص التوظيف فترة لاستكمال شروط الإقامة أو مزيج من هذا كله . ويبقى أنه لا تتاح معايير أخرى لتحديد كم من الوقت سوف تستغرقه مثل هذه الفترة بشكل ملموس . ونخرج من تقارير لجنة الخبراء أنه من المقبول عموماً أن تستغرق المدة مثلاً ٦ أشهر . وفور الاستحقاق ، يجب تقديم المنافع الطبية في حالات الطوارئ ، باستثناء أن مدة الانتفاع قد تكون محدودة بسنة وعشرين أسبوعاً في كل حالة . غير مسموح بمثل هذه القيود في حالة الحمل والولادة ونتائجهما . ويلي ذلك أنه لا يمكن تعليق الرعاية الطبية؛ أثناء تلقي المنتفع منافع المرض ، ويجب أن تمد التشريعات الوطنية فترة الانتفاع في حالة الأمراض المعترف بأنها تشمل رعاية طويلة الأمد .

#### معايير صحية خاصة تتعلق بالأمومة وإصابات العمل

تُفرض معايير قياسية أعلى في حالة ما إذا كان الطرف المرضي بسبب إصابة عمل (حادثة بسبب العمل أو مرضاً مهنيًا) (انظر الجزء السادس) . في مثل هذه الحالات ، سوف تتكون الرعاية الطبية من: رعاية ممارس عام ورعاية اختصاصي أثناء الإقامة في المستشفى ورعاية اختصاصي في العيادات الخارجية (بما فيها الزيارات المنزلية) ، ورعاية الأسنان والرعاية التمريضية في المنزل أو في المستشفى (أو أي مؤسسات طبية أخرى) ، ومتابعة في المستشفى ونقاهة في المنزل أو المصحات أو أي مؤسسات طبية أخرى ، وإمداد بالمستحضرات الدوائية والمستلزمات الجراحية بما فيها الأجهزة التعويضية والرعاية التي يقدمها الفنيون الصحيون المعاونون في أي وقت يصبح ذلك مطلوباً قانوناً (ومن المحتمل أن يكون تحت إشراف مسئول من الطب البشري أو من طب الأسنان) . وهكذا يرد توصيف أكثر تفصيلاً بقائمة الخدمات المغطاة . وبندود المجال المادي تصبح أكثر صرامة: فمن غير المسموح وجود فترات تأهيل ، ولا فترات لتطبيق المساهمات الشخصية . علاوة على ذلك ، أنه يجب منح المنافع أثناء الحالة الطارئة (دون حدود زمنية) . بالنسبة للمجال الشخصي ، تصاغ المعايير بمعياري المستخدمين على الأقل تغطية ٥٠ ٪ منهم . من الممكن ترك فئات (مهنية) أخرى دون تغطية .

أيضا فيما يتعلق بالرعاية الطبية الممنوحة في حالات طوارئ رعاية الأمومة (الجزء الثامن)، تكرر المعايير لحد واسع بنود الرعاية الطبية الواردة بالجزء العام. إلا أنه غير مسموح بتطبيق المساهمات الشخصية ويجب تقديم المنافع الطبية خلال فترة الحالة الطارئة كلها وربما لا تقل عن ١٢ أسبوعا. في حالة المضاعفات، يجب أن تمتد فترة تقديم الرعاية أيضا. في النهاية فيما يتعلق بالمجال الشخصي، يجب تغطية ٥٠٪ من المستخدمين في هذه الحالة الطارئة. يجب منح كل النساء العاملات من بين هؤلاء الذين يتمتعون بالتغطية القدرة على الوصول إلى منافع رعاية الأمومة، وهو ما يعني كل النساء العاملات، وفيما يتعلق بالمنافع الطبية، يعني ذلك أيضا كل النساء اللاتي يعتمدن على مستخدمين يتمتعون بالتغطية.

### معايير متقدمة

وكما ذكرنا سابقا، تحتوي بعض الأدوات على معايير أعلى. في إطار عمل المجلس الأوروبي أدمجت هذه المعايير الإضافية في بروتوكول الكود. تطلب المادة ٩ التغطية بالحماية لعدد أكبر من الأشخاص: بالترتيب ٨٠٪ من كل المستخدمين ومن يعولونهم من أعضاء العائلة و ٣٠٪ من كل المقيمين و ٦٥٪ من كل المقيمين، طبقا لما إذا كان المقيم يعمل بخطة رعاية صحية للمستخدمين أم هو شخص يقوم بنشاط مهني أو تحت خطة رعاية صحية شاملة. بالنسبة للخدمات التي يشملها الضمان، يجب منح ما يلي أيضا: كل خدمات رعاية المستشفى الضرورية وهكذا تنضم خدمات العلاج، والتمريض والخدمات المساعدة، - وكل المستحضرات الدوائية - وهكذا ليست الأدوية الأساسية فقط - ذات طبيعة غير محمية بحقوق الملكية، وكل المستحضرات الأساسية المحمية بحقوق الملكية، ورعاية الأسنان العلاجية للأطفال، وكل المستلزمات الدوائية في حالات رعاية الأمومة. (المادة ١٠، فقرة ١). أكثر من ذلك، يجب منح الرعاية الطبية طوال فترة الحالة الطارئة، وربما تتحدد رعاية المستشفى باثنين وخمسين أسبوعا لكل حالة، أو ٧٨ أسبوعا، لأي فترات متتالية خلال ثلاث سنوات. في الفقرة الثانية من المادة ١٠ هناك نص على حد أقصى معين من المساهمات في حالة إذا ما استخدم المرء أسلوب المشاركة في تحمل التكلفة. وهي ٢٥٪ من تكلفة الرعاية التي يقدمها الممارس العام والإخصائي خارج المستشفى ورعاية المستشفى؛ بالنسبة للمستلزمات الدوائية

تكون ٢٥ ٪ في المتوسط ، لذا من الممكن فرض نسب أعلى لبعض المنتجات لو كانت نسب المساهمة بالنسبة لبعض الأفراد الآخرين أقل؛ وبالنسبة للرعاية الدوائية للأسنان ٣٣,٣ ٪. في حالة رعاية الأمومة ، من الممكن فرض مساهمات شخصية - تصل في المتوسط إلى ٢٥ ٪ كحد أقصى - على المستلزمات الدوائية.

وعند الأخذ في الاعتبار نتائج تقييم لجنة الخبراء ، خصوصا أن هذا البند الأكثر تحديدا بشكل ملموس للخدمات قد تسبب في مشاكل عديدة للدول الموقعة. فدولة مثل بلجيكا - التي أدخلت بشكل متزايد تدابير المشاركة في تحمل التكلفة طوال العقود الماضية من أجل الاحتفاظ بميزانية الرعاية الصحية المرتفعة تحت السيطرة - كافحت باستمرار لإقناع الهيئات الإشرافية بأنها تحتفظ بالمساهمات الشخصية في حدود المستويات التي يمكن تحملها ، وحتى بعد أن استثمرت الكثير في إدخال أسقف قصوى لتكاليف الرعاية الصحية (المساهمات الشخصية) للأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة وذوي الموارد المحدودة والمتوسطة<sup>(٤٦)</sup>. لا يساعد القضية حقيقة أن تلك التدابير مُصمَّمة بطريقة أكثر تعقيدا وبأسلوب غير شفاف. ومن الجدير بالملاحظة أنه لمدة عشرين سنة حتى الآن أخذت اللجنة الوزارية تدعو بلجيكا لتخفيض المستويات العالية للمشاركة في تحمل التكلفة عندها<sup>(٤٧)</sup>. ومن الواضح أن الهيئات الإشرافية تظهر صور الصبر اللازمة نحو الانتهاكات -انظر المزيد حول ذلك أدناه تحت عنوان الإنفاذ القانوني- ومن خلال إطار منظمة العمل الدولية ، نجد معايير أكثر تقدما فيما يتعلق بالرعاية الصحية وفيما يسمى أدوات "حالة الطوارئ المفردة" التي تضع معايير خاصة بخطر معين من الأخطار: الاتفاقية رقم ١٣٠ (الرعاية الطبية) ، والاتفاقية رقم ١٢١ (إصابة

---

(46) Council of Europe, Resolution CSS(2006), 1 on the application of the European Code of Social Security and its Protocol by Belgium, Adopted by the Committee of Ministers on 6 September 2006

(47) A. Otting, "The supervisory machinery for implementation of the Code: Introduction, working methods and practical examples" in Council of Europe (ed.), Social security training course on the study of standard-setting instruments of the Council of Europe in the field of; Compendium of working documents, 2000, (113), p. 121-123 social security.

(العمل) والاتفاقية رقم ١٨٣ (الأمومة). من الجدير بالملاحظة أن بعض الدول -مثل فنلندا - فضلت قبول هذه الاتفاقيات، بدلا من الموافقة على المعاهدة رقم ١٠٢.

تم تعريف معايير المجال الشخصي بشكل أكثر عمومية مقارنة "بالمعاهدة الأم". تتحدث الاتفاقية رقم ١٣٠ مثلاً عن تغطية كل المستخدمين، والصبية من ضمنهم، ومن يعولونهم في حالة وجود نظام رعاية صحية يغطي المستخدمين، وتغطية ٧٥٪ تقريبا من كل القائمين بنشاط اقتصادي - تشمل من يعولونهم - عند وجود مثل هذا النظام. وإذا كانت الرعاية الصحية تُقدّم من خلال نظام شامل، يجب عندئذ تغطية ٧٥٪ من كل المقيمين في الدولة. تطالب الاتفاقية رقم ١٢١ (إصابات العمل) والاتفاقية رقم ١٨٣ (الأمومة) بتغطية كاملة لكل المستخدمين، وزوجاتهم المعالة.

بالنسبة للخدمات، تقدم الاتفاقية رقم ١٣٠ (الرعاية الطبية) بشكل إضافي تغطية رعاية الأسنان والتأهيل الطبي، متضمنة الإمداد بالأجهزة التعويضية والتركيبات وصيانتها وتجديدها. وتطلب الاتفاقية رقم ١٢١ (إصابات العمل) بأنه في حالة حوادث العمل الخطيرة، يجب توفر خدمات علاج حالات الطوارئ في مكان العمل؛ بالنسبة للإصابات الخفيفة التي لا تستدعي الانقطاع عن العمل، يجب ضمان علاجات متابعة المريض أيضا. بل تمضي الاتفاقية رقم ١٨٣ خطوات أكثر تقدما في وصف خدمات الأمومة المضمنة. على سبيل المثال هناك مزيد من الانتباه لحقوق الأمهات المرضعات، بخصوص الحماية الصحية وحماية الوظيفة والسلوك الذي لا يمارس تمييزا من صاحب العمل.

بالنسبة لمدة الخدمات الطبية، تضمنت المعاهدة بنودا أشد صرامة أيضا. تبدأ الاتفاقية رقم ١٣٠ (الرعاية الطبية) من مبدأ أن الرعاية الطبية تُمنح مادام يستمر الحدث الطارئ. يُرخص بستة وعشرين أسبوعا فقط حيث يتوقف تصنيف المنفعة بكونه ينتمي إلى شرائح الأشخاص تحت الحماية، ويبدأ المرض في الوقت الذي يندرج فيه الشخص لمثل هذه الشرائح. وبالنسبة لفرض مساهمات شخصية، تنص الاتفاقية رقم ١٣٠ أنه تاليا لتجنب المصاعب، كما يجب ألا تجحف المشاركة في تحمل التكلفة فعالية الحماية الطبية والاجتماعية.

## فيما يتعلق بالالتزامات الجارية والإنفاذ القانوني

التزام الدولة الموقعة بأدوات معيار الحد الأدنى للمجلس الأوروبي (أى الكود) ومنظمة العمل الدولية يخضع للإشراف طبقا لإجراء معين. فور التصديق على اتفاقية معيار الحد الأدنى، يصبح مطلوبا من الدولة العضو تقديم تقارير منتظمة حول تنفيذ وتطبيق هذه الالتزامات. تتبع هذه التقارير إطار عمل قياسي يعكس الالتزامات المترتبة على اتفاقية منظمة العمل الدولية والاتفاقية رقم ١٠٢/الكود وفي نفس الوقت يطلب برهانا ملموسا، مادة إحصائية تشير إلى تطبيق تلك الحدود الدنيا في الممارسة العملية. ومن ثم تُفحص هذه التقارير بواسطة "لجنة من الخبراء في تطبيق الاتفاقيات والتوصيات" التي تأسست من داخل إطار منظمة العمل الدولية. تتكون اللجنة من خبراء مستقلين تختارهم "الهيئة الحاكمة في منظمة العمل الدولية". ورغم ذلك، تشرف هذه اللجنة أيضا على معايير الحد الأدنى التي صاغها المجلس الأوروبي، حيث إن بنود الكود الأوروبي مماثلة لبنود اتفاقية المنظمة الدولية للعمل رقم ١٠٢. لا تستند قرارات اللجنة فقط على تقارير الحكومة، ولكنها تستند أيضا على ما يتاح من معلومات أخرى مثل ملاحظات النقابات وجمعيات أصحاب الأعمال. في حالة اتفاقيات منظمة العمل الدولية، يُقدّم تقرير اللجنة إلى مؤتمر العمل الدولي. ومن خلال لجنة خاصة للمؤتمر حول تطبيق الاتفاقيات والتوصيات، يناقش ممثلو الحكومات والعمال وأصحاب الأعمال - بحقوق تصويت متساوية - التقرير الوطني للجنة الخبراء ويقدمون فعليا مقترح تقرير التقييم النهائي الذي يتبناه المؤتمر الدولي لاحقا. من أجل تطبيق الكود، تصدر لجنة الخبراء التقارير إلى "لجنة الخبراء الأوروبية حول أدوات وضع المعايير"، وهي الهيئة المشكلة من كبار المسؤولين في وزارات الأمن الاجتماعي في كل دولة عضو في المجلس الأوروبي. تمتلك اللجنة سلطات لتقرير وتقديم ما تصل إليه من نتائج إلى لجنة الوزراء (في المجلس الأوروبي). لجنة الوزراء هي التي تقرر بأغلبية الثلثين إذا ما كان كل طرف في التعاقد قد أوفى بالتزاماته الواردة بالكود. لو وصلت اللجنة إلى نتائج سلبية، فهي تدعو الدولة المعنية لاتخاذ تدابير ضرورية لضمان الوفاء بالالتزامات مرة أخرى. وهكذا الإجراءات الإشرافية المتبعة ذات طبيعة "دبلوماسية" أكثر. فالفكرة هي ليست فرض عقوبات



حقيقية على الدولة المتعثرة ولكن إقامة حوار من أجل المساعدة في التغلب على عدم الالتزام بالمعايير الموضوعية<sup>(48)</sup>.

معظم البنود عند الأخذ في الاعتبار طبيعة معايير الحد الأدنى ليست بنوداً معينة ونصوصها غير مفصلة بدرجة تكفي لتنفيذها ذاتياً. ويبقى أن هناك بعض الأمثلة، رغم ندرتها لتطبيق المحاكم الوطنية مباشرة بعض بنود اتفاقيات هذه المعايير الدنيا. أفضل ما هو معروف في هذا المجال حكمان لمحكمة التأمين الفيدرالية السويسرية في ٢٥ أغسطس ١٩٩٣ و ٢١ فبراير ١٩٩٤<sup>(49)</sup>، حين رأت المحكمة أن الكود ليس فقط ملزماً للأطراف المتعاقدة، أي الحكومات، ولكن بنوده قد تكون نافذة من تلقاء نفسها إلى المدى الذي تكون فيه واضحة ودقيقة ولا تترك عنصراً للتقييم أو الانتقاء السياسي. وبالتالي حكمت المحكمة أن البند المنظور له السيادة على التشريعات الوطنية. تناولت القضايا المادة ٦٨ من الكود التي تضع معايير لتعليق مدفوعات المنافع، وبشكل أكثر تحديداً بتعديد الخلفيات الممكنة للتعليق. اعتبرت المحكمة الفيدرالية السويسرية للتأمين أن المادة ٦٨، القسم "٢" من الكود، الذي يمنح سلطة تعليق الفوائد فقط عند حدوث واقعة الطوارئ بسبب سوء التصرف العمدي من جانب الشخص موضوع الواقعة، وهي تسري مباشرة ولها السيادة على البنود المماثلة من القانون الوطني إلى المدى الذي تسمح به بنود القانون الفيدرالي - في اللحظة الراهنة - بتخفيض المنافع في حالة سوء التصرف الخطير المرتكب بسبب الإهمال. في هذه الحالات، يلام العمال المؤمن عليهم موضوع النظر على إهمالهم الجسيم عند لحظة وقوع إصابة العمل.

مؤخراً جداً، أصدرت محكمة الاستئناف المركزية في هولندا حكماً مثيراً يطبق بعض بنود الكود المتعلقة بحالات طوارئ إصابات العمل (المواد ٣١ و ٣٢ و ٣٤)<sup>(50)</sup>.

---

(48) Otting, Ibid, p. 134-136

(49) Ibid, p. 117-123

(50) Centrale Raad van Beroep, 8 September 2006, as being commented by Th. de Vries, "Problems with the (interpretation of) Conventions from a judge's point of view", in F. Pennings (ed.), The Role and Interpretation of International Social Security Conventions, to be published.

تتعامل القضية مع عامل أصيب بعجز عن العمل نتيجة تعرضه لحادث عمل . نتيجة لهذه الحادثة ، عانى الرجل من مشاكل نفسية خطيرة وأقام بشكل دائم في مصحة نفسية للعلاج الطبي . طبقاً للتشريع الهولندي المتعلق بذلك ، (أي القانون الهولندي للرعاية الطبية الخاصة طويلة الأمد (AWBZ) ، واضطر هذا الشخص لدفع مساهمة شهرية في علاجه . في إجراءات سير الدعوى ، طُرحت سؤالاً ما إذا كانت بنود القانون الهولندي تتوافق مع الكود الأوروبي . فالمواد رقم ٣١ ، ٣٢ ، ٣٤ من الكود (الجزء الرابع) تحكم بأن كل دولة عضو سوف تضمن في حالات المرض بسبب إصابات متعلقة بالعمل أن منافع العامل سوف تكون الرعاية الطبية يشمل الممارس العام ورعاية الإخصائي أثناء الإقامة في المستشفى ورعاية العيادة الخارجية . أكثر من ذلك ، ليس مسموحاً فرض مساهمات شخصية (انظر أعلاه) . حكمت محكمة الاستئناف المركزية بأن المادتين ٣٢ و ٣٤ تضعان قواعد محددة للأشخاص الذين يتمتعون بحماية المطالبة بالرعاية الطبية . ومن هنا ، اعتبرت المحكمة هذين المادتين ذاتية التنفيذ من تلقاء ذاتها . وبالتالي ، حكمت المحكمة أن المساهمة التي يضطر العامل لدفعها لرعايته الطبية كانت انتهاكاً للمادتين ٣٢ و ٣٤ من الكود . ولذا أشارت المحكمة دعماً لتفسيرها إلى قرار وزراء اللجنة الأوروبية المكتوب فيه : ”حيث إن القانون لم يطرح أي بنود لمشاركة الأشخاص المؤمن عليهم في تكلفة الرعاية الطبية في حالة إصابات العمل ، يجب توضيح [ أن قانوناً خاصاً يتعلق بالمساهمات ] ينطبق في الواقع العملي فقط على ضحايا غير الحوادث المهنية“<sup>(٥١)</sup> .

### بعض الاستنتاجات الأولية بخصوص أدوات ”معايير الحد الأدنى“

يستطيع المرء استخلاص نتائج لمعايير الحد الأدنى في ميدان الرعاية الصحية بأنها لحد ما قد فات أو أن هذه المعايير ، ونصوصها شديدة العمومية . أكثر من ذلك ، يشك المرء في إذا ما كان لهذه المعايير فعلياً تأثير ملموس على أنظمتنا للرعاية الصحية الاجتماعية . وقد يتعجب المرء ، أخذاً في الاعتبار قائمة الخدمات الصحية الواجب تغطيتها ، مما إذا كانت هذه المعايير لا تزال تعكس التفكير المعاصر للرعاية الصحية ،

(51) Ibid

الذي يركز بشكل متزايد على الرعاية الصحية المتكاملة. وربما الأكثر إثارة للمتابع هو النصوص التي تتحدث عن الخدمات المدرجة بشرائح الرعاية بشكل شديد العمومية. يستطيع المرء أن يستخلص من البنود أنه يجب أن يغطي النظام الصحي جميع خدمات الرعاية الأولية والرعاية المتخصصة، ويتم كل ذلك عبر خدمات العيادات الخارجية وخدمات المستشفى، فصياغة النص كانت عمومية جداً للدرجة التي لا تترك أثراً متماسكا على التنظيم السليم لأنظمة الرعاية الصحية. وكما ذكرنا سابقاً قد يترك ذلك أثراً سلبياً عند قراءته مع بنود كمية المساهمات الشخصية المفروضة، وقد يكون من الأفضل بالنسبة للدول أحياناً ألا تغطي خدمات بعينها من أن تفرض على استخدامهم مقداراً جزئياً من المساهمات الشخصية.

ورغم أنه وبشكل استثنائي، تعتبر المحاكم الوطنية أن لبنود معايير الحد الأدنى طبيعة التنفيذ تلقائياً، فإنه مع مرور الوقت يجب على الدول أن تكيف نظامها في حالة تصادمه مع المعايير، لا يمكن المرء سوى من إثارة أسئلة حول التأثير المادي لتلك الأدوات على نظم الرعاية الصحية<sup>(٥٢)</sup>. لم تُصاغ البنود بطريقة ترسم التزامات محددة منها. وبالمثل فيما شاهدناه من الميثاق الاجتماعي، تُظهر لجنة الخبراء أحياناً ميلاً نحو خلق معايير (فرعية) محددة بشكل أكبر؛ إلا أنه في مثل هذه الحالات نلاحظ ميلاً للرفض من معظم الدول الموقعة. فعلياً لا تمتلك اللجنة سلطة لتفعل ذلك، حيث إن ولايتها فقط تشمل الإشراف وفي أفضل السيناريوهات تفسير هذه المعايير. والأكثر مدعاة للدهشة رغم ذلك هو أن المعايير لا تترجم ما هو قائم وحي بشكل ملموس في معظم نظم الرعاية الصحية الاجتماعية؛ مما ييسر الوصول إلى الرعاية الصحية ذات الجودة لكل الأشخاص بأسلوب مقبول اقتصادياً. وبالأحرى سوف تفترض مقارنة أكثر عصرية معايير لقياس المخرجات (الجودة)، وسبل الوصول أمام الجميع، والمقدرة على تحمل التكلفة الاقتصادية.

---

(٥٢) كما هو الحال على سبيل المثال بالنسبة للمستويات القصوى المحددة بدقة للمساهمات الشخصية في بروتوكول الكود. انظر أيضاً في هذا المجال أوتينج كما اقتبسناه سابقاً.

### ٣. الحق في (الوصول إلى) الرعاية الصحية كما تتحدد بواسطة أدوات حقوق الإنسان

#### مقدمة:

بدأت المحاكم (الدستورية) الدولية -بل وحتى الوطنية- بشكل متزايد في اختبار أعراف الأمن الاجتماعي في توافقها مع حقوق الإنسان الجوهرية. تهتم حقوق الإنسان مثلاً باحترام الحياة الخاصة والعائلية، وكذلك حظر الحط من معاملة الإنسان أو معاملته بطريقة لا آدمية - مثلاً بسبب وقف مفاجئ أو دون دوافع لدفع مقابل منافع أو في حالة وجود منافع بقدر قليل جداً لا يمكن العيش بواسطتها بطريقة كريمة وحماية الملكية - مثلاً عندما يواجه المنتفع بتخفيض منافعه أو عندما تتغير شروط الاستحقاق بصورة جوهرية - وحظر التمييز - مثلاً عندما لا يكون من حق الأجانب الوصول إلى منفعة ما - والحق في معاملة عادلة ونزيهة - مثلاً فيما يتعلق بإجراءات الأمن الاجتماعي - إلخ<sup>(٥٣)</sup>. على المستوى الدولي، خصوصاً محكمة حقوق الإنسان الأوروبية طورت بعض السوابق القانونية الرائدة في هذا المجال.

ومن هنا بالنسبة لهذه المقالة، سوف نركز بشكل رئيسي على العلاقة بين الاتفاقية الأوروبية لحماية حقوق الإنسان من أجل الأمن الاجتماعي عموماً والرعاية الصحية الاجتماعية - الوصول إلى الرعاية الصحية - على الأخص. فيما يلي، سوف نقدم أولاً السابقة القانونية عموماً ومن ثم نحاول توضيح نتائجها المحتملة على الوصول إلى الرعاية الصحية.

#### السابقة القانونية لمحكمة حقوق الإنسان الأوروبية ونتائجها على الرعاية الصحية الاجتماعية عموماً

قبل تناول السابقة القانونية، ربما يكون من المثير إعطاء مقدمة قصيرة عن المعاهدة الأوروبية لحماية حقوق الإنسان. تم إقرار المعاهدة في ١٩٥٠ من قبل الدول الأعضاء في المجلس الأوروبي، وبشكل رئيسي كرد فعل واستجابة لانتهاكات حقوق الإنسان

(53) D. Pieters and B. Zaglmayer, Social Security Cases in Europe: National Courts, supra note 35. (Antwerpen: Intersentia, 2006), and Kapuy, et al.,

فى أثناء الحرب العالمية الثانية فى أوروبا. تركز المعاهدة بشكل رئيسى على "حقوق الإنسان". الحقوق الاجتماعية أو الاقتصادية، مثل الحق فى الأمن الاجتماعى أو الحق فى المعاونة الاجتماعية أو الحق فى الوصول إلى الرعاية الصحية، ليسوا جزءا من المعاهدة بالمعنى الدقيق للكلمة. وقد عولجت هذه الحقوق فى الحال بواسطة أداة مناسبة من المجلس الأوروبي بالاسم. الميثاق الاجتماعى (المنفتح) الأوروبي (انظر سابقا). وعلى عكس الميثاق الاجتماعى الأوروبي، لا تتمتع المعاهدة الأوروبية حول حقوق الإنسان بالقدرة على التطبيق المباشر. فى ظل المعاهدة من الممكن الشكوى ضد الدول المتعاهدة إما بواسطة دول أخرى متعاقدة أو - فى حالة قبول الدولة المهتمة لذلك - بواسطة أفراد يقدم طلب فردي إلى المحكمة المنشأة لهذا الغرض أي: المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان، ومقرها ستراسبورج. وأكثر من ذلك، حيث إن معظم الدول المتعاقدة قد ضمت المعاهدة الأوروبية فى قانونها الداخلى (الدستورى)، تميل المحاكم الوطنية إلى تطبيق الحقوق المضمنة مباشرة فى سوابقها القانونية.

ونتيجة لآليات الشكوى الفردية والأثر المباشر للمعاهدة، بدأ الأفراد فى الإتيان بقضايا الأمن الاجتماعى إلى هيئات الإشراف القضائى المنبثقة من المعاهدة. ورغم عدم ميل المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان لتطبيق مواد المعاهدة الأوروبية لحماية حقوق الإنسان فى هذه القضايا، فإنه يبدو أن الاتجاه قد تغير جوهريا فى السنتين الأخيرتين<sup>(54)</sup>. والعرض العام لهذه السابقة القانونية سوف يذهب بنا بعيدا جدا. إلا أنه من الأهمية الخاصة فى هذا المقام ذكر تلك القضايا التى تختبر توافق بنود الأمن الاجتماعى مع حظر التمييز (مادة ١٤) وحماية الملكية (مادة ١ البروتوكول الأول فى المعاهدة) وحظر المعاملة غير الآدمية (مادة ٣). فى قضية جايجوسوز، المواطن التركى الذى رفضوا استحقاقه المعاونة فى حالة الطوارئ بالنمسا بعد انتهاء مدة حقه فى منافع البطالة، على خلفية أنه ليس مواطنا نمساويا<sup>(55)</sup>. اعتبرت المحكمة كلا من المادة ١٤ (عدم التمييز) والمادة ١ من البروتوكول الأول (حقوق حماية الملكية)

(54) Ibid

(55) Judgment of 16 September 1996, Gaygusuz v. Austria, Appl. No. 17371/90, § 41.

قد تم انتهاكها. ولاحظت المحكمة وبكلمات غير واضحة لحد ما، أنه "دون كون ذلك ضروريا الاعتماد بشكل أحادي على الصلة بين استحقاق معونة الحالة الطارئة والالتزام بدفع الضرائب". ومن الممكن اعتبار الحق في معونة الطوارئ النمساوية حقاً نقدياً بغرض تطبيق البروتوكول الأول (حماية الملكية). عندما يفى الشخص المعني بكل الشروط المتعلقة، ما عدا الجنسية، من الممكن تقرير أن السيد جايغوسوز تعرض للتمييز. أكثر من ذلك، في علاقة ذلك بحماية حق الملكية، تم العدوان على توقعاته المشروعة في أن يتمتع باستحقاقات مساعدة حالة الطوارئ. تُدفع مساعدة الطوارئ كممنفعة متتابعة للأشخاص المتبطلين عن العمل الذين يقتربون من سن التقاعد، في اللحظة التي تنتهي فيها فترة منافع البطالة، والغرض الرئيسي من ورائها هو عبور الفترات المنصرمة حتى التقاعد. وحيث إن جايغوسوز قد دفع عن حق مساهمته، فمن المتوقع أنه سوف يستحق مثل هذه المعاونة لحالة الطوارئ عندما ينتهي حقه في إعانات البطالة.

وقد تأكد هذا الحكم بطريقة أكثر حصافة في قضيتي بواريه وستيتش<sup>(56)</sup>. في هاتين القضيتين اللتين تناولتا منافع المعاونة الاجتماعية التي لا تفترض دفع مساهمات، طبقت المحكمة نفس خط المعقولية الذي طورته سابقاً في قضية جايغوسوز. ومع ذلك، أوضحت المحكمة أن حماية الملكية كما تحددت في المادة ١ من البروتوكول الأول لا تنحصر في المنافع التي يساهم فيها الأشخاص فقط. في قضية بواريه، نص الحكم بوضوح "حقيقة أن الطالب في قضية جايغوسوز قد دفع مساهماته وهو بذلك يستحق مساعدة حالة الطوارئ، فذلك لا يعني عند حدوث العكس، أن المنافع الاجتماعية التي لا تفترض مساهمات... لا تخلق وضعاً لحق نقدي وهو الغرض من المادة ١ من البروتوكول الأول (حماية الملكية)". وفي حالة ستيتش: [مع العلم بتنوع أساليب التمويل، والطبيعة المتضافرة للمنافع تحت معظم أنظمة الرفاه الاجتماعي]، يبدو مصطنعاً بشكل متزايد رؤية أنه فقط المنافع الممولة بمساهمات في صندوق مخصص

---

(56) Judgment of 12 April 2006, Stec and others v. UK, Appl. No. 65731/01, 65900/01

(57) Judgment of 30 September 2003, Koua Poirrez v. France, Appl. No. 40892/98

هي التي تقع في نطاق المادة ١ من البروتوكول رقم ١. وإذا كان فرد يمتلك حقا مؤكدا في ظل القانون المحلي في منافع الرفاه الاجتماعي، فأهمية تلك المصلحة يجب أن تنعكس أيضا في رؤية المادة ١ من البروتوكول رقم ١ قابلة للتطبيق“.

تكتسب هذه الاعتبارات أهمية كبرى بالنسبة للمنافع الاجتماعية المنبثقة مما يسمى الخطط الشاملة التي لا تفترض مساهمات من مستحقيها، وهي التي تنتمي إليها نظم الرعاية الصحية الاجتماعية. فعندما يمتلك الأشخاص الذين يتمتعون بالتغطية الاجتماعية حقا ذاتيا في هذه المنافع فمن الواجب نسبتهم إلى هذه الخطط بأسلوب غير تمييزي، مع احترام توقعات ذلك الشخص المشروعة في نفس الوقت. وهذا قد يعني مثلاً أنه عندما تغير الدول بشكل جوهري من حزم المنافع الصحية المغطاة، تحتاج هذه الدول إلى عمل ذلك بأسلوب يحترم التوقعات المشروعة لمواطنيها الذين يتمتعون بهذه التغطية. ومع ذلك، يظل موصفا للتساؤل: هل ستضع المحكمة الأوروبية منافع الرعاية الصحية في مدى مجال البروتوكول رقم ١. وحتى لو أن المحكمة قد مدت بوضوح تطبيق البروتوكول للحقوق النابعة من الخطط التي لا تفترض مساهمات، فإن هذه الخطط ما زالت تتعامل مع المنافع نقدياً (ذات طبيعة نقدية). ولهذا الحد لم تخلق المحكمة بعد صلة إلى حماية الحق في الخدمات، التي تنتمي إليها مثل خدمات الرعاية الصحية.

قد تعتبر المحكمة حماية المنافع النقدية شيئاً ما مختلفاً مقارنة بضمان حزمة رعاية صحية معينة. هل من الممكن بعد ذلك حماية استحقاقات حزمة رعاية صحية معينة، التي هي من حيث الجوهر خاضعة لتغيير مستمر؟ في قضية «لاريوشينا»، كان على المحكمة التحقق مما إذا كانت المادة ٣ من الاتفاقية (حظر التعذيب والمعاملة غير الآدمية) لم يُعْتَدَ عليها<sup>(٥٨)</sup>. قد يكون لهذا الحكم علاقة بالحق في الوصول إلى الرعاية الصحية أيضاً. في هذه القضية، المدعي بالحق كان يقرر بشكل جوهري أن معاش السيدة «لاريوشينا» قليل جداً لدرجة أنه لا يضمن لها أن تعيش بكرامة. ومن هنا، اعتبرت السيدة أن الدولة الروسية تعاملها بطريقة لا إنسانية وبأسلوب يحط

---

(58) Judgment of 23 April 2002, Larioshina v Russia, Appl. No. 56869/00

من كرامتها. ورغم أن المحكمة قررت أن الاتفاقية في حد ذاتها لا توفر ضمانات للحقوق الاجتماعية، مثل الحق في مساعدة طبية مجانية أو الحق في طلب مساعدة مالية، فالشكوى من أن مقدار مكافأة التقاعد ككل أو أي منافع اجتماعية أخرى غير كاف، وذلك لا يثير من حيث المبدأ قضية تحت المادة ٣ من الاتفاقية. وبشكل أكثر دقة، عندما تدفع دولة ما لشخص محتاج مثل هذه المنفعة المنخفضة فإنها تجبر ذلك الشخص على ظروف حياة من الشدة أقل من مستوى حد أدنى معين، وذلك قد يعتبر انتهاكا للمادة ٣. ومع ذلك، يجب البرهنة على الشخص المعني على أنه يعيش في ظروف متدهورة بما يتجاوز الحد الأدنى الصريح من الشدة، مع إظهار أنه يعاني من تدمير صحته البدنية أو العقلية. لم تعط المحكمة مع ذلك مؤشرا ملموسا على مستوى الحد الأدنى - الحرج - من الشدة. ومن ثم، برهان معاناة المرء من الدمار النفسي والبدني لن يكون بهذه السهولة.

قد يكون ذلك مختلفا قليلاً عند تطبيق هذه السابقة القانونية على الوصول إلى الرعاية الصحية. شخص بوسائل معيشة محدودة ويعاني من مرض خطير يهدد حياته، علاجه (باهظ التكلفة) لا يخضع للتغطية أو يجب للحصول عليها مشاركة في الدفع مرتفعة، هذا الشخص قد يكون في موقف يستطيع أن يظهر فيه بشكل أكثر سهولة أنه يعاني من مثل هذا الدمار وبالتالي مضطر للعيش في ظروف تتجاوز الحد الأدنى للاحتمال. قد تحتاج الدولة حينئذ للإشارة إلى أسباب تبريرية - مثلاً الصفة التجريبية للعلاج، وتوفر علاجات أخرى في ظل التغطية ومساوية في الفعالية، ... إلخ - لعدم تغطية العلاج أو لعدم إتاحة تسديد نفقات العلاج الذي أجراه المريض في الخارج.

وبالمثل، ربما يُعتبر الإيقاف المفاجئ لتغطية علاج معين أمراً معاكساً للمادة ٣، خصوصاً عندما يُتخذ القرار على أساس انتقائي. ومن الممكن وجود مؤشر على ذلك، مثلاً في حالة قضية "دي" ضد "المملكة المتحدة"، حيث إنها القضية التي جرت في ظل أوضاع استثنائية وبالغة الحدة. أوقف العلاج الصحي لمهاجر غير منتظم يعاني من الإيدز نتيجة لقرار بطرده خارج البلاد<sup>(٥٩)</sup>. وجدت المحكمة أن تنفيذ قرار الطرد

---

(59) Judgement of 2 May 1997, D. v UK, Appl. No. 30240/96



سوف يعرض المدعي الذي يعاني في الحال من ضعف صحي بالغ إلى خطر حقيقي بالموت في ظل أكثر الظروف شدة، وهو ما يصل إلى معاملة غير آدمية ومن هنا هو انتهاك للمادة ٣. لاحظت المحكمة أن الدولة المدعى عليها قد اتخذت مسئولية علاج حالة المدعي، وأنه قد أصبح معتمدا على الرعاية الطبية وعلاج تخفيف الآلام. ومع ذلك أشارت المحكمة بوضوح إلى أن ظروف هذه القضية كانت استثنائية جدا. سابقا، كانت القضايا التي تتعامل مع حرمان شخص من القدرة على الوصول إلى العلاج الصحي تُعتبر بشكل منهجي لا تمثل عدوانا على حقوق الإنسان المُحتج بها - أي تحريم المعاملة غير الآدمية أو المهينة للكرامة، ولكن أيضا الحق في الحياة والحق في احترام حياة الأسرة - تعاملت القضايا مثلا مع عدم تغطية العلاج البديل لفيروس التهاب الكبد الوبائي<sup>(٦٠)</sup>، والتغطية الجزئية لعلاج باهظ الثمن - ٣٠٪ مساهمة شخصية مفروضة على الأدوية غالية الثمن<sup>(٦١)</sup> - ورعاية المستشفى (فقط الإجراءات الضرورية والعلاج الضروري بشكل صارم جدا)<sup>(٦٢)</sup> - الحجج المتعلقة بحقيقة أن البلد في الحال بأقصى ما عنده بتغطية العلاج المتوافر إلى حدود بعيدة، أو أن المرء لا يستطيع أن يتوقع من البلد تغطية كاملة لعلاج غالي الثمن، آخذين في الحسبان القدرات المالية العامة المحدودة، تُعتبر هذه الحجج حاسمة جدا في الدفاع القانوني بهدف تبرئة ساحة البلد (defence à décharge). ونفس الأمر يتحقق أيضا بالنسبة للعلاجات البديلة التي لم تثبت بعد فعاليتها علميا.

---

(60) Decision Commission of 1 July 1998, Scialacqua v. Italy, Appl. 34151/96; the application for a judgement to the European Court of Human Rights, being declared inadmissible

(61) Decision Commission of 21 March 2002, Nitecki v. Poland, Appl. 65653/01; the application for a judgement to the European Court of Human Rights, being declared inadmissible Decision Commission of 4 January 2005, Pentiocova v Moldova, Appl. 34151/96; the application for a judgement to the European Court of Human Rights, being declared inadmissible

(62) Ibid

بعض الاستنتاجات الأولية فيما يتعلق بأثر أدوات حقوق الإنسان على الوصول إلى الرعاية الصحية

يرحب الكثيرون بالسوابق القانونية المتنامية للمحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان في ميدان الأمن الاجتماعي. ويعطى ذلك فعليا باعنا جديدا لصياغة شكل الحقوق الاجتماعية، حيث يُنظر إليها من زاوية أخرى. ورغم أن المحكمة قاومت طويلا منح أي حقوق اجتماعية بشكل مباشر بناء على اتفاقية حماية حقوق الإنسان، فإنها بدأت بشكل متزايد في اختبار توافق حقوق الأمن الاجتماعي مع مبادئ حقوق الإنسان الواردة في الاتفاقية (مثل مبدأ عدم التمييز، وحماية حقوق الملكية والتوقعات المشروعة والحماية ضد المعاملة غير الآدمية).

يعتبر البعض أن السابقة القانونية تصوغ -أخيرا- بعض المبادئ القانونية الجوهرية المتناسكة في الميدان الاجتماعي، وأداة الحقوق الاجتماعية الدولية في الوقت الراهن ذات طبيعة برنامجية جدا. وذلك أنه من الممكن الاحتجاج مباشرة بتلك المبادئ الجوهرية، كما هي منصوص عليها في الاتفاقية، أمام محكمة وطنية أو حتى المحكمة الأوروبية، وهذا يُمكن اعتباره تطورا إيجابيا.

إلا أنه يبقى من الواجب طرح بعض الملاحظات الجانبية فيما يتعلق بهذا التطور. ويجب ألا ينسى المرء أن الاتفاقية هي أداة حقوق إنسان، تحمي في المقام الأول الفرد ضد الأعمال غير المشروعة للدولة. وهذه المقاربة ذات طبيعة حقوقية فردية صرف، وهي لا تتناسب بالكامل مع جوهر (قانون) الأمن الاجتماعي، الذي يشمل الرعاية الصحية الاجتماعية. ومن المؤكد أن واجب الأنظمة الاجتماعية هو حماية المصلحة الجماعية -مثل احترام التضامن- وذلك يكون تاليا للحقوق الفردية. وبالتشديد كثيرا على الحقوق الفردية - من خلال مبادئ حقوق الإنسان المطروحة في الاتفاقية - ربما يفسد المرء السمة الجوهرية لنظم الأمن الاجتماعي، حرفيا إعادة التوزيع بين المواطنين ومن هنا المصلحة الجماعية للمجتمع على هذا النحو. تمثل نظم الأمن الاجتماعي - جوهريا - أكثر من حاصل جمع الحقوق الاجتماعية الفردية. ومع ذلك هذه الجوانب الجماعية لا تحددها أداة حقوق الإنسان بوضوح. ما يبقى لنراه

في المستقبل هو ما إذا كانت المحكمة سوف تمتلك النسق الضروري لوزن الحقوق الفردية مقابل المصلحة الجماعية لنظمنا الجماعية.

### نظرة عامة

لو أردنا أن نصل إلى اتفاق بشأن هذا السؤال: إلى أي مدى تصوغ الاتفاقيات الدولية شكل الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية؟ من الممكن وضع تلك الملاحظات النهائية، إذا ما نظر المرء لأدوات الحقوق الاجتماعية التي تتناول الحق في الرعاية الصحية كجزء من الحق الأكثر عمومية في الحماية الاجتماعية، فإن هناك ميلا لتفسير هذا الحق بأسلوب أكثر تفصيلا وأكثر تقنية. خصوصا اللجنة التي تتحكم في تطبيق الاتفاقيات، تميل إلى تطوير شروط وقواعد تتعلق بإنشاء الحق المُعلن. وبالتالي، الضمانة الأساسية - القدرة على الوصول للجميع - تتعرض للخطر. فالقدرة على الوصول ليست مضمونة كثيرا بتطوير كل أنواع الأدلة الاسترشادية الجديدة فيما يتعلق بنظم الرعاية الصحية، ولكنها مضمونة كثيرا بواسطة ضمان التطبيق المتناسك لهذا الحق الاجتماعي. في الممارسة العملية، يعني ذلك أن هذا الحق سوف يحقق الأثر الأكبر عندما نستطيع تطبيقه مع ما تُسمى الحالات الهامشية: الأشخاص الذين هم في موقف ضعف اجتماعيا أو اقتصاديا أو عرقيا أو ثقافيا. بكلمات أخرى، ف ضمان جوهر الحق الاجتماعي هو قابليته للتطبيق المباشر، وإمكانية تحقيقه أكثر من تطوير المحتويات المتناسكة من خلال كل أنواع التقنيات التي لا يمكن إنفاذها في نهاية المطاف.

وعندما نأتي إلى أدوات المعايير - الحد الأدنى - نستطيع أن نسأل أنفسنا عما إذا كانت البنود القائمة ما زالت تتوافق مع التفكير الحالي في الرعاية الصحية. تعكس هذه الأدوات كثيرا التفكير في الأمن الاجتماعي للخمسينيات، دون وحدات قياس متماسكة لمخرجات نظم الرعاية الصحية - الفاعلية والكفاءة - إذا ما أردنا صيانة قيمة هذه الاتفاقيات، سوف يكون التحدي الأكبر هو إعادة التفكير في أدوات وضع المعايير من أجل رؤية: أين تستطيع البنود القابلة للتطبيق المباشر أن تمضي معا بمعايير أكثر تطورا، لتقيس بشكل تفصيلي: الوصول إلى الرعاية الصحية ومخرجاتها.

وسوف نكون سذجا أن نعتقد أنه بتطبيق أدوات حقوق الإنسان وحدها، يستطيع المرء معالجة هذا التحدي . وتشير السوابق القانونية التي طورتها المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان في ميدان الأمن الاجتماعي، إلى أن مثل هذه الأدوات قد تطورت بأسلوب أحادي الجانب بشكل ضيق، يشدد أساسا على الحقوق الفردية، دون كثير من الاهتمام بالمصالح الجماعية للمجتمع . ويعود لتلك الأدوات من الجيل التالي أن تقيم هذا التوازن بين الحقوق والواجبات، إضافة إلى بناء الصلة بين الاستحقاقات الفردية والمصلحة الجماعية.

الجزء الثاني  
أوروبا: التضامن والعدالة  
في الرعاية الصحية



## الفصل الثاني

### معنى «العدالة» و«التضامن» في الرعاية الصحية

مارتن بوييسن (Martin Buijsen)

#### مقدمة

في هولندا - مثلما في كل مكان آخر - التبرع بالأعضاء أمر نادر. وقوائم انتظار جراحات زرع الأعضاء طويلة حيث يموت المرضى بلا ضرورة.

من وقت لآخر يخرج كبار الاقتصاديين وعلماء الأخلاق بأفكار غير تقليدية لتقليل قوائم الانتظار هذه. ومنذ سنوات قليلة اقترح فيلسوف الأخلاقيات الهولندي جوفيرت دن هارتوغ حلا جديدا للمشكلة<sup>(1)</sup>. ابتكر الفيلسوف ما يسمى مخطط نقاط المكافأة. يتلقى الناس الذين يسجلون أنفسهم كمترعين بالأعضاء (بعد الوفاة) نقاط مكافأة فور ما يصبحون هم أنفسهم مرضى محتاجين لزرع عضو من متبرع. وفور ما يحدث تخصيص للعضو المناسب للزرع من متبرع، تؤخذ هذه النقاط في الاعتبار. ونتيجة لذلك فإن هؤلاء المرضى لن يستنفذوا هذا الوقت الطويل في قوائم الانتظار.

والفكرة بالطبع هي أنه من الممكن أن يكون الأمر في مصلحتهم، وسوف يزيد عدد الناس المستعدين لتسجيل أنفسهم كمترعين بأعضائهم بعد الوفاة. وطبقا لـ «دن هارتوغ» سوف يولد المخطط أكثر مما يكفي من أعضاء المترعين، وبما يكفي للوفاء بطلب مرضى جراحات الزرع غير المرشحين بالتبرع بأعضائهم بعد الوفاة، هؤلاء الذين - بكلمات أخرى - يستنفذون نسبيا وقتا أكبر في قوائم الانتظار.

(1) G. den Hartogh, Gift of bijdrage? Over morele aspecten van orgaandonatie (Den Haag, Rathenau Instituut, 2003).

لم يقابل اقتراح دن هارتوغ بحماس كبير . وفي الواقع ، لقد استُبعدت هذه الفكرة تماما بسرعة . ورغم ادعاء الاقتراح أنه سوف يخفض عدد وفيات من هم على قوائم انتظار زرع أعضاء بعد وفاة أصحابها . وصفت الخطة بأنها "غير أخلاقية" . كيف لهموم عدالة "التوزيع" أن تتغلب على هموم الحياة والموت؟ وثانيا ، رغم جدّة الخطة وعدم تقليديتها في سياق تخصيص الأعضاء المطروحة للزرع . من الصعب أن يكون اللجوء إلى المصلحة الشخصية كحل لمشاكل الندرة حلا ثوريا . تُطرح حلول مماثلة في مشاكل مماثلة بشكل يكاد يكون منتظما في جوانب أخرى من الاقتصاد ، ولكن ليس دون نجاح . وظاهريا ، يتصف سياق تخصيص الأعضاء بفكرة نوعية جدا عن العدالة ، فكرة قوية - من حيث التصاقها - كما تبدو - بنفقات الحياة - وتختلف بشكل ملحوظ عن أفكار العدالة السائدة في مجالات أخرى . في الفقرات القليلة التالية سوف أقدم حججي بأن هذه الفكرة عن العدالة تصبح نمطية بالنسبة للرعاية الصحية ككل . باستخدام هذا المفهوم الذي سوف أحاول تفسير بعض التطورات الأخيرة في الرعاية الصحية بهولندا . وسوف أحاول من خلال القيام بذلك تحديد معنى "التضامن" في سياق الرعاية الصحية .

### العدالة: مفهوم موضع نزاع جوهري

فلسفيا ، العدالة مفهوم إشكالي للغاية . فالعدالة هي واحدة من تلك المفاهيم التي يشار إليها أحيانا كمفاهيم محل نزاع جوهري ، هذا المفهوم موضع النزاع وهو المفهوم الذي يتسم "بـ:

(١) الإشارة إلى ممارسة غاية في التعقيد بسبب أبعادها العديدة ، (٢) حدود مفتوحة نسبيا ، في كون الأوضاع الجديدة وغير المنظورة من الممكن إدخالها في مداها (٣) العادة الواضحة في إصدار حكم أخلاقي عند استخدام المفهوم<sup>(٢)</sup> . والآن ورغم أن العدالة موضوع خضع للدرس المكثف طوال التاريخ ، فمن الممكن لتحليل تاريخي ومنهجي خام أن نخبرنا بما يكفي عن فكرة العدالة نفسها ، وبما يكفي لأغراضنا .

(2) W.B. Gallie, "Essentially contested concepts", in Proceedings of the Aristotelian Society 56 (1955), p. 167-198.



العدالة في شعورنا العام تقليدياً هي فضيلة. شارك أرسطو الاعتقاد الشائع في زمانه عن العدالة "كعادة تمكن الناس من التصرف بطريقة عادلة"<sup>(3)</sup>. وأكثر من ذلك، ما أثار اهتمام أرسطو لم يكن ما يسمى العدالة العامة أو القانونية -أي القدرة على التصرف وفقاً للقانون- ولكنها العدالة التي هي صفة تميز الشخصية، والتي هي -نمطياً- العادة التي تمكن المرء من اختيار القيمة المتوسطة الذهبية. أحد أنماط العدالة التي ميزها أرسطو هو ما يسمى بالعدالة في التوزيع، وهو النمط الذي يهمننا حالياً، ليس كفضيلة ولكن - بشكل أكثر عمومية - كمبدأ.

من المؤلف أيضاً المبدأ القانوني الروماني القديم "لكل ما يخصه" -*suum cuique* -tribuere. أشار توماس الإكويني إلى هذا الشعار عندما عرّف فكرة أرسطو عن العدالة بوصفها: "الإرادة التي لا تلتزم في إعطاء كل امرئ ما يخصه"<sup>(4)</sup>. والآن، ماذا يعني "إعطاء كل امرئ ما يخصه"؟ فيما يخص العدالة في التوزيع اعتقد أرسطو أن كلمة -"استحقاق" كاشفة جداً، حيث إن "كل شخص سوف يوافق على عدالة التوزيع عندما يحصل الناس في نهاية المطاف على ما يستحقونه"<sup>(5)</sup>. ومع ذلك، فإنه رأى أيضاً أنه في العالم الواقعي "الاستحقاق" ليس له معنى واحد ثابتاً. عند الحديث عن توزيع بضاعة شحيحة تسمى السلطة السياسية لاحظ أرسطو أن "يُميز الديمقراطيون الاستحقاق لوضع الرجل الحر [وليس العبد]، ويعادل أنصار الأوليغاركية الاستحقاق بالثروة أو الميلاد، إلخ"<sup>(6)</sup>.

بالطبع، لم يكن أرسطو الأخير الذي حاول تحديد معنى "العدالة". فقد أتبعه العديدون منذ ذلك الزمان، وخرجوا بنتائج مختلفة فعلياً. ومع ذلك، لم يكن صعباً جداً التفريق بين مدرستين في التفكير. وذلك فقط لنعطي الميدالية الذهبية الوحيدة المتوافرة

---

(3) Nicomachean Ethics 1129a7-8.

(4) Summa theologiae II-II, q.58, a.1.

(5) Nicomachean Ethics 1131a25.

(6) Ibid. 1131a26-27.

للفائز في سباق العدو هذا، وبالضبط لنعطي المنحة الدراسية فقط لأفضل الدارسين أداء. ولو كان هناك مكان شاغر، فالمرشح الأفضل هو صاحب المؤهلات وهو الذي سوف ينال الوظيفة. ما زال هذا المفهوم عن العدالة هو الذي يبدو مرتبطاً بمفهوم الفضيلة، حيث إن استحقاق ما هو ليس أكثر من قيمة (أو تصرف) لشخص ينال القبول والتفضيل.

كان أرسطو أيضاً أول من رأى العلاقة بين مفهومي العدالة والمساواة<sup>(7)</sup>. ويبدو الظلم دائماً في حاجة إلى تبرير. فلماذا مثلاً نزيد التفاوت الموجود أصلاً بمكافأة الموهبة بمزيد من المزايا الإضافية؟ وأين هو الظلم في منح وظيفة لمن هو أقل مؤهلات، ويكون ممثلاً لجماعة تتعرض لتمييز خطير ضدها، ويستطيع أن يؤدي وظيفته بمزيد من الأموال؟! بكلمات أخرى، ألا يجب أن تخدم العدالة المساواة، خصوصاً لمصلحة الضعيف والمحتاج؟ وإذا كانت الإجابة بنعم، ألا يجب أن يكون الاحتياج أكثر من الاستحقاق وهو الذي تقوم على أساسه العدالة في التوزيع؟ لذلك، فكل حسب حاجته! حمل كروبينكين هذه الفكرة عن العدالة - ولنقطة معينة - راولز<sup>(8)</sup>.

قدّم لنا تاريخ الفكر أفكاراً شديدة الاختلاف عن العدالة. ورغم أن كلا منها عكس أفكاراً ملهمة عن الوعي العام، كما لاحظ رافاييل<sup>(9)</sup>، لكن في النهاية يقف كل منهما على نهاية الطرف في مواجهة الآخر. إلا أنه أمر شديد الهندسية أن نرى تاريخ الفكر حول موضوع معين بوصفه رسماً تخطيطياً لمعركة مستمرة بين هؤلاء الذين يفضلون اتخاذ الاستحقاق كقاعدة للتوزيع العادل وأولئك الذين يقدمون الحجج على اتخاذ الحاجة كأساس. في عصرنا لما بعد الحداثة، أصبح من المقبول اتباع قول أرسطو مرة أخرى في أن مفاهيم العدالة المختلفة تتعايش بالتأكيد وتستطيع أن تتعايش. ومن

(7) Ibidem 1130b10-1130b14.

(8) P. Kropotkin, La Conquête du Pain, (Paris: Tresse and Stock, 1892) and J. Rawls, A Theory of Justice, (Cambridge, Mass: Beknup Press, 1971).

(9) D.D. Raphael, Concepts of Justice, (Oxford: Oxford Univ Press, 2001), p. 6.

الممكن استخدام الاستحقاق والحاجة في نفس الوقت. في أيامنا هذه، في الرياضة غير التعليم من المقبول أن يقوم التوزيع العادل على أسس أخرى، ومعايير التوزيع العادل في العلوم ليست هي تلك المعايير المستخدمة في الرعاية الصحية. هناك كما يسميها الفيلسوف الأمريكي (والزر) عديد من "مجالات العدالة"<sup>(١٠)</sup>. والآن، إذا ما كانت الرعاية الصحية نستطيع رؤيتها كمجال مستقل، فما هو المعنى الدقيق "للعدالة"؟

### العدالة كما تكمن في القواعد

لم يصل اقتراح دن هارتوغ إلى شيء. فقد أشار بعض النقاد إلى قانون حقوق الإنسان، وبشكل أكثر خصوصية إلى البروتوكول الإضافي لعهد حقوق الإنسان والطب الحيوي فيما يتعلق بزرع الأعضاء والأنسجة (٢٠٠٢). هذا البروتوكول الذي طوره المجلس الأوروبي ولكن الذي لم تصدق عليه هولندا أبدا، يُنظر إليه عموما كوثيقة مطروح فيها قواعد ومبادئ مقبولة دوليا فيما يتعلق بتخصيص توزيع الأعضاء. تضع المادة ٣ من البروتوكول في كلمات مطالب يجب أن توفي بها نظم زرع الأعضاء. ويجب أن تكون القدرة على الوصول إلى الخدمة مطابقة لهذه المادة<sup>(١١)</sup>. في التقرير التفسيري، التعليق الحاكم، يقال إنه "يجب تخصيص توزيع الأعضاء والأنسجة طبقا للمعايير الطبية"، والتي بها "يجب أن تكون هذه الفكرة مفهومة بأوسع معنى، وتمتد إلى أي ظروف قادرة على التأثير على صحة المريض، وجودة المادة المزروعة ومخرجات عملية الزرع". بهذه "الظروف" نعني ظروف مثل: توافق العضو مع الشخص المستقبل له، والحالة الطبية العاجلة، والوقت المطلوب لزرع العضو، والوقت المستنفذ في قوائم الانتظار، إلخ<sup>(١٢)</sup>. بكلمات أخرى، يبدو أن النص يقترح السماح بالتمييز بين المرضى، ولكن - فقط - على أسس طبية بالمعنى الضيق للكلمة (sensu stricto) أو بغرض الاختزال. ويصبح مثل هذا التمييز عادلا، وحيث إن

(10) M. Walzer, Spheres of Justice. A defense of pluralism and equality, (Oxford: Oxford Univ Press, 1985).

(11) Additional protocol to the convention on human rights and biomedicine concerning transplantation of organs and tissues of human origin, Strasbourg 24.I.2002, ETS No. 186.

(12) Explanatory report, nr. 37.

الاستعداد المسجل للتبرع بالأعضاء بعد الوفاة بواسطة المريض نفسه الذي يحتاج إلى زرع عضو لا يمكن اعتباره صالحا كظرف كما هو مفهوم من التقرير التفسيري ، فالتمييز على هذا الأساس يجب اعتباره تمييزا ظالما . ولذلك يجب توزيع الأعضاء القليلة للمتبرعين بعد الوفاة طبقا للحاجة والحاجة فقط ، أي الحاجة الموضوعية ، كما تحددها المعايير الطبية .

ورغم اعتبار الاستعداد للتبرع بالأعضاء بعد الوفاة فضيلة أخلاقية عند العديدين ، تظهر العدالة المطروحة في قواعد تخصيص الأعضاء أي تسامح تجاه الفضيلة . فالفضيلة ببساطة معيار غير مقبول للتوزيع في هذا السياق . هل يمكن تطبيق التسامح أمام الفضيلة في مجال الرعاية الصحية ككل؟ تذكر أيضا المادة ٣ من عهد حقوق الإنسان والطب الحيوي ذاتها "القدرة المتساوية على الوصول" . "مع وضع الاحتياجات الصحية في الحسبان ، وسوف تتخذ الأطراف التدابير المناسبة نحو توفير -من خلال تشريعاتها - قدرة متساوية على الوصول إلى رعاية صحية ذات جودة ملائمة"<sup>(١٣)</sup> . وفي المذكرة التفسيرية المصاحبة أوضح مؤلفو المعاهدة معنى "متساوية" فيما يتعلق بالوصول إلى الرعاية الصحية عموما . "الهدف [من المادة ٣] هو ضمان القدرة المتساوية للوصول إلى الرعاية الصحية طبقا لاحتياجات الشخص الطبية" . وأضاف المؤلفون "في هذا السياق ، "منصف" يعني أولا وأبدا غياب التمييز الظالم . ورغم أن ( منصف ) ليس مرادفا للمساواة المطلقة"<sup>(١٤)</sup> . بكلمات أخرى لا تحظر المادة ٣ من العهد التمييز في الرعاية الصحية . والتمييز مقبول تماما مادام يقوم على أساس الاختلاف في الاحتياج . فالتمييز الظالم بمعايير أخرى (أو ليس وحده على ذلك الأساس) غير مسموح به ، لذلك يبدو أن الشعار في الرعاية الصحية هو: لكل حسب احتياجه .

(13) Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine, Oviedo 4.IV.1997, ETS No. 164.

(14) Explanatory report, nrs. 24, 25

## مرة أخرى القدرة المنصفة على الوصول

لا تؤسس الإشارة إلى المادة ٣ حجة قانونية حيث إن هولندا لم تصدق على اتفاقية حقوق الإنسان والطب الحيوي. فكل ما قيل في الفقرة السابقة، إذا ما تكلمنا حرفيا ليس إلا حججا أخلاقية. وحتى لو كانت هولندا طرفا من أطراف المعاهدة المذكورة أعلاه، يستطيع المرء أن يستمر في القول بوجود هامش للتقدير الشخصي. تتعهد أطراف معاهدات حقوق الإنسان بالتزامات على نفسها، ولكنهم أحرار من حيث المبدأ في تحديد كيفية تنفيذهم لهذه الالتزامات. أكثر من ذلك، حق (الوصول إلى) الرعاية الصحية هو ما يسمى حقا اجتماعيا. فهو ليس حقا "ملموسا" يطالب به الفرد. فلا يمكن المطالبة بالرعاية الصحية (خصوصا في المحاكم الهولندية) بالرجوع إلى معاهدات حقوق الإنسان الدولية التي تتضمن الرعاية الصحية. تخضع أطراف تلك المعاهدات لالتزامات بتحقيق الرعاية الصحية لمواطنيها وسواء نجحوا في ذلك أم لا فذلك يعتمد مبدئيا على الوسائل المتاحة. ونتيجة لذلك يستطيع المواطن الفرد عادة المطالبة بالقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية إذا ما أتاح التشريع الوطني ذلك. لذلك ليس من غير الشائع الحديث عن حقوق الإنسان الاجتماعية بوصفها "حقوقا لينة". ولكن هل هذا صحيح بالنسبة للحق الاجتماعي (في الوصول) للرعاية الصحية؟

تُظهر العديد من المعاهدات والداستاتير والإعلانات العالمية القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية كحق أساسي من حقوق الإنسان. ومع ذلك، اختلفت كلمات النصوص اختلافا واسعا. في ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية يُعترف "بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه" كحق جوهرى من حقوق الإنسان<sup>(١٥)</sup>. تذكر ببساطة المادة ٢٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان "الحق في مستوى معيشة ملائم للحياة في صحة وهناء"، لا يتضمن الغذاء والملبس والسكن فقط، ولكنه يتضمن الرعاية الطبية أيضا<sup>(١٦)</sup>. تعترف المادة ١١ من الميثاق الاجتماعي الأوروبي بالحق في الحماية

(15) Constitution of the World Health Organization, New York, June 19th – July 22nd 1947.

(16) Universal Declaration of Human Rights, Paris, December 10th 1948.

الصحية<sup>(١٧)</sup>. ويمكننا اكتشاف مفهوم مماثل في المادة ١٢ وثيقة العلاقة بالعهد الدولي حول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (ICESCR)، وهي المعاهدة التي صدّقت عليها هولندا<sup>(١٨)</sup>. سوف تحترم الحكومات حقوق الإنسان أولا وأبدا. تخضع الدول الأطراف في العهد الدولي للالتزام برعاية صحة مواطنيها. يصل هذا الالتزام إلى أكثر من مجرد تقديم الرعاية الصحية، فهو يتضمن أيضا التزامات تتعلق بالصحة والأمان في العمل والتزامات تتعلق بالبيئة. ورغم ذلك، كما أدركت السلطات المشرفة (لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية - CESCR)، يتمثل الالتزام الجوهري من جانب الحكومة في تقديم الرعاية الصحية. في التعليق العام رقم ١٤، الوثيقة التفسيرية الحاكمة، وصفت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الحق في الرعاية الصحية الناتج عن المادة ١٢ بوصفه الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية، بمعنى الرعاية الصحية التي يجب أن تكون متاحة ويمكن الوصول إليها (جغرافيا وماليا فيما يتعلق بالمعلومات)، ومقبولة أخلاقيا وذات جودة طيبة. إلا أنه لم يرد ذكر للإنصاف.

الآن، بعض التعليقات الصادرة عن لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بما فيها التعليق العام رقم ١٤، هي تعليقات مبتكرة تماما من ناحية النظرية القانونية. تقليديا، كنا نرى الفرق الرئيسي بين الحقوق الفردية الأساسية والحقوق الاجتماعية الأساسية كنتيجة للاختلاف بين التزامات الدولة. الحكومات الأطراف في معاهدات حقوق الإنسان يجب أن تحترم حقوق الأفراد. وألا تنتهك حرية الكلام على سبيل المثال. وعلى الحكومات أن تكبح جماح نفسها. كل ما عليها صنعه هو إمساك نفسها عن فعل أي شيء في هذا المجال. وبالطبع يجب أن تحترم الحكومات الحقوق الاجتماعية أيضا، ولكن فيما يخص هذه الحقوق من المطلوب أن تقوم الحكومات بالتحرك من جانبها. وليس من الصعب مشاهدة أن بعض هذه الأعمال من جانب

---

(17) European Social Charter, Turin, October 18th 1961.

(18) General Comment no. 14, adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights on May 11th 2001, nr 12. International Convention on Economic, Social and Cultural Rights, New York, December 19th 1966.

الحكومة هي أعمال مطلوبة من أجل ضمان احترام الحقوق الفردية. بادرت الحكومة الهولندية بعمل تشريعات مكثفة من أجل حماية حق الشعب في الخصوصية، لتخلق هيئة مشرفة تراقب ذلك بمنتهى الدقة. وبالمثل فمن المتصور أن الحكومات تمتنع عن التحرك من أجل احترام الحقوق الاجتماعية.

تقدم لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية - بعد أن أخذت في حساباتها هذه الاختلافات القانونية الطفيفة - تصنيفا لالتزامات الدولة في التعليق العام رقم ١٤. وتعترف اللجنة أن مختلف التزامات الدولة تنبع من المادة ١٢ في العهد وتصنفها في قائمة من الالتزامات "القوية" للدولة ("التزامات تُحترم") لالتزامات الدولة اللينة ("التزامات تقوم الدولة بتيسيرها"). والآن ورغم عدم ذكر خاص للإنصاف، كان أول التزام يجب احترامه وقامت اللجنة بتطويره هو الالتزام بالتوقف عن اتخاذ تدابير تنكر أو تحد من القدرة المتساوية للوصول إلى الرعاية الصحية لكل الأشخاص. يشير العهد الأوروبي للحقوق الاقتصادية والثقافية والاجتماعية في دوافعه إلى بنده العام ضد التمييز، الذي يحظر فيه التمييز بوضوح لأسباب الجنس أو الدين أو الاعتقاد إلخ<sup>(١٩)</sup>. بكلمات أخرى، هناك التزام "قوي" من جانب الحكومات ألا تميز على هذه الأسس، التي يبدو مرة أخرى أنه يفترض سماحية التمييز على أسس طبية فقط. أي، فور ما تحقق فعليا الدولة الطرف في العهد الأوروبي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية القدرة المتساوية على الوصول إلى الرعاية الصحية لكل فرد<sup>(٢٠)</sup>. وكما سنرى فذلك ليس أمرا هينا؛ أن تشير إليه من خلال الإصلاحات الأخيرة في نظام الرعاية الصحية الهولندي.

(19) General Comment no. 14, nrs. 18, 34.

(٢٠) إضافة إلى ذلك، هناك التزام بحماية (المستوى الثاني من الالتزامات على الدول الأطراف) في إقرار التشريعات أو اتخاذ تدابير أخرى تضمن الوصول المتساوي للرعاية الصحية. انظر: General Comment no. 14, nr. 35.

## الطبيعة الأخلاقية للصحة

في الرعاية الصحية تبدو العدالة فكرة واضحة بشكل بارز. فالتفكير حول قانون لحقوق الإنسان مطلب دولي ملائم (قانون حقوق الإنسان كان العمود الفقري للنظام القانوني الغربي) يكشف عن مفهوم لا يقبل التنازل للعدل في هذا المجال. والآن، لماذا نتخذ "العدالة" هذا المعنى المحدد جدا في سياق الرعاية الصحية؟

القواعد هي ناتج عقلية عملية، حيث تجسد القواعد المتعلقة بالرعاية الصحية المطالب الأخلاقية الأكثر خصوصية التي نضعها على هذا النوع من النشاط الإنساني بسبب الأهمية التي سوف نلحقها بالصحة نفسها. وعند الحديث بشكل فلسفي، فالصحة هي خير في حد ذاتها<sup>(٢١)</sup>. إنها تحمل الخير من داخلها: فالصحة لا تشتق خيريتها من خير أعلى أو أعمق جوهرًا. ولا يمكن للصحة سوى أن تكون خيرا داخليا، حيث إنه لا يمكن البرهنة على خيريتها منطقيا. ومن الممكن البرهنة على صدق مقولة "الصحة هي خير" فقط بالقول إن خيرية الصحة هي واضحة من تلقاء نفسها (أو جلية أو "طبيعية")<sup>(٢٢)</sup>. من الناحية الأخرى الرعاية الصحية هي خير، لأنها تخدم الصحة. فالرعاية الصحية كوسيلة هي خير بضاعة مثل الصحة (أو الحياة أو الصداقة)، بضائع هي خير في حد ذاتها، هي نقطة الانطلاق. والعقلنة الأخلاقية التي هي العقلنة العملية، تبدأ دائما بمقولات مثل "الصحة خير"، بشكل صريح أو ضمني. والمطالب التي نضعها على عاتق الرعاية الصحية يمكن تفسيرها فقط بتحديد الطبيعة شديدة الخصوصية للصحة بوصفها خيرا أخلاقيا. القواعد التي تحكم الرعاية الصحية (القانونية إلى جانب الأخلاقيات الطبية) تصبح كما هي عليه بسبب خيرية الصحة، التي هي واضحة لكل منا<sup>(٢٣)</sup>. الصحة خير في حد ذاتها، وغياب هذا الخير (أي افتقاد الرعاية الصحية)

(21) R. George, In Defence of Natural Law, (Oxford: Oxford University Press, 1999).

(22) من نافذة القول، أولئك الذين يظنون أن الصحة تفضي إلى السعادة يرتكبون خطأ خطيرا حول طبيعة السعادة

(23) من الممكن تفسير معظم - إن لم يكن كل- سمات أخلاقيات الرعاية الصحية الخصوصية بالرجوع إلى الطبيعة الأخلاقية للصحة. وكما سوف نرى الطريقة التي نفهم بها التضامن في سياق الرعاية الصحية، من الممكن أيضا ربطها بهذه الطبيعة الأخلاقية. انظر:

= M. Buijsen, "De betekenis van solidariteit in de gezondheidszorg", in Martin Buijsen.



هو مبرر في حد ذاته يكفي لإعطاء الرعاية الصحية. والاعتراف بالحق في الرعاية الصحية كحق جوهري من حقوق الإنسان هو تعبير عن هذه الحقيقة الأساسية. ومن هنا، لكل حسب الاحتياج.

### العدالة والإصلاح الصحي

العدالة كما نفهمها في الرعاية الصحية غير متسامحة بشكل ملحوظ. القواعد كما تقوم في معظم المستويات الجهرية، أي تلك القواعد الخاصة بقانون حقوق الإنسان الدولي، لا تترك مساحات أو تترك مساحات قليلة للاستحقاق كمعيار للتوزيع. ويُعد، إدخال هذا المبدأ هو بالضبط ما يميز برنامج الإصلاح الصحي لنظم الرعاية الصحية المنفذ في هولندا أثناء السنوات القليلة الماضية. لسوء الحظ -في كل الجدالات- لم يكن الوعي العام بعدالة التوزيع يرى فيها أبدا قضية مهمة بشكل حقيقي. والقدرة الاقتصادية للنظام ككل هي التي سادت الجدل. وبالتالي، لم يحدث أبدا بشكل حقيقي أن دارت مناقشات فلسفية وأخلاقية عميقة.

من المحتمل أن الاستقبال الذي نالته خطط دن هارتوغ لخفض وفيات قوائم انتظار زراعة الأعضاء كان تصويرا للحقيقة الوضع. وبالطبع، شعر عديدون أن الاقتراح ظالم، ولكن من استطاع تكوين حجج على ظلمه كان قليلا. والرفض السريع للخطة كان أكثر من المتوقع بسبب حقيقة فكرة نقاط المكافأة الذي صاحبه دفاع عن الموافقة الصامتة على التبرع بالأعضاء، الذي افتقد دائما التأييد الجماهيري في هولندا. وفي الجدل السابق على إدخال "لا مطالبة" في نظام الرعاية الصحية الهولندي ظهر نفس العجز في مناقشة القضايا الأخلاقية.

فكرة "لا مطالبة" ليست فكرة نادرة في "مجال" التأمين على السيارات. فهي

---

etal. (eds) Marktwerving v. Solidariteit. Op zoek naar nieuwe evenwichten in de publieke= dienstverlening, (Nijmegen: Valkhofpers 2007), p.65-98.

تعني ببساطة لو أنك لم تتسبب في حادثة لسيارتك فأنت تستحق خصما على ثمن تأمين سيارتك . ويمثل هذا الشرط السياسي معنى تاما في بزنس التأمين على السيارات ، ولكن هل من الممكن اعتبار نفس السياسة مجرد تدبير يخدم أغراض احتواء التكلفة في الرعاية الصحية؟ وسوف يرى العديدون المريض بشكل مزمن وصاحب الإعاقة يتعرضان للتمييز ضدّهما بشكل غير عادل ، ولكن السؤال الجوهرى : ما العدل في الرعاية الصحية؟ هل من الممكن رؤية الصحة بوصفها شيئا مُستحقا؟ وألا يمكن النظر بنفس الطريقة للبحث عن المساعدة الطبية؟ كل هذه الأسئلة الجوهرية لم تثار أبدا عن حق . وفي جميع الأحوال ، لم يسبب الجدل حول الموضوع في تضخم الأيديولوجية والتقنيات<sup>(24)</sup>.

يعرض الجدل حول فكرة "لا مطالبة" أيضا نقضا يثير القلق في الحساسية الأخلاقية. السهولة التي تتم بها المقارنة مع الأجزاء الأخرى من الاقتصاد أمر يسبب الصدمة. فعدم القدرة على رؤية التميز المعيارى للرعاية الصحية أصبح نمطا للجدل الذى يسبق أكثر أنواع إصلاح نظام الرعاية الصحية الهولندي جوهرية. منذ الأول من يناير ٢٠٠٦ ، تقوم شركات تأمين صحي هادفة للربح متنافسة بتشغيل نظام الرعاية الصحية الهولندي ، مع فتح أسواق تأمين الرعاية الصحية وأسواق التعاقد في الرعاية الصحية وذلك ميدان للتنافس . ورغم أن المطلوب قانونا من كل شركة تأمين أن تمنح نفس السياسة الأساسية لتأمين الرعاية الصحية ، فإن منطق النظام الجديد يطالب الشركات بأن تختلف بعضها عن بعض . سوف ينتج عن التعاقدات الأفضل مع مقدمي الرعاية الصحية نصيبا أوسع لسوق التأمين الصحي ، لذلك من مصلحة هذه الشركات أن تتفاوض حول أولويات علاج زبائنهم. ولسوء الحظ ، كما بدأنا نرى ، تميل المستشفيات بشكل خاص للتغلب على المعارضات الأخلاقية عندما تُمنح مكافآت مالية كافية . سوف تميز المستشفيات التي تعمل وفق هذه التعاقدات بشكل ظالم بين المرضى

---

(24) On January 1st 2008 the rules concerning no claim were retracted.

المحتاجين لنفس الرعاية الأساسية. فمن يحمل التعاقد الصحيح سوف يجد المساعدة بشكل أسرع ، حتى ولو كان مريض آخر لديه بالضبط نفس الحاجة وأنفق وقتاً أطول في انتظار المساعدة. بكلمات أخرى ، جعلوا تخصيص الرعاية الصحية معتمداً -جزئياً على الأقل- على الاستحقاق ، أي أريحية المريض: قدرته على اختيار سياسة التأمين الصحي الأساسية الصحيحة.

### التضامن في الرعاية الصحية

يشير الجدل حول فكرة "لا مطالبة" أيضاً إلى معنى "التضامن" في الرعاية الصحية. فالتضامن أيضاً مفهوم مثير للمشاكل بالمعنى الفلسفي. ومثل العدالة هو بشكل جوهري محل نزاع. ومع ذلك ، عند النظر في الطريقة التي يستخدم بها "التضامن" هذه الأيام ، من الممكن التمييز بين ثلاثة مستويات للمعنى: على المستوى "الوصفي" يشير التضامن إلى فهم واقعي للاتحاد والالتزام والترحيب اللاحق للمشاركة في المخاطر الموروثة في الوجود الإنساني. وسواء مثل هذا التضامن موجود فعلياً في مجتمع ما أم لا ، فذلك أمر نستطيع أن نفحصه. وعلى المستوى الثاني ، "تضامن" المستوى التحليلي كفكرة أساسية لنظريات علم الاجتماع في الجدل العلمي حول بنى التعايش الإنساني. ومثل هذا المفهوم موجود بشكل سائد في نظريات ماركس ودوركايم وكونت. وبالمرة ، كتعبير مصطلح "التضامن" لا يمتد عمره إلى ما قبل القرن الثامن عشر: فهو كفكرة اجتماعية يحاول تقديم إجابات على الأسئلة التي ولدتها الثورة الصناعية. وأخيراً ، على المستوى المعياري ، تعمل وظائف فكرة "التضامن" كمعيار للحكم على جودة العلاقات الإنسانية. وعلى هذا المستوى يصبح التضامن مفهوماً أخلاقياً مهماً ، اجتماعياً وأيضاً سياسياً. وهكذا يتعلق التضامن بالتنظيم المؤسسي للمجتمع ، ولكن ليس بشكل حصري<sup>(25)</sup>. إنه المعنى المعياري الذي يحمل أهمية على نحو خاص بالنسبة لنا.

---

(25) Buijsen, ibid, p. 72.

لا يوجد مثل هذا الأمر كتجريد غير تاريخي لفكرة التضامن<sup>(26)</sup>. ورغم أن التعبير نفسه ليس بهذا القَدَم ، فالفكرة قديمة جدا وليست موروثة في تقاليد خاصة<sup>(27)</sup>. وأيضاً تتنوع معاني "التضامن" بالمعنى المعياري. ولكن شيئاً ما في جوهر المعنى ينوه عنه الفعل اللاتيني القديم لكلمة *solidare* ("أن تربط ما بين" إلى جانب "أن تشفي الجرح") بالطريقة التي كانت تُستخدَم في القانون الروماني. كانت كلمة *In solidum* تعني أن تضمن بشكل أكيد دين الآخر. والآن الفكرة المعيارية في القانون هي ألا تجد نفسك وحيداً. يشير بعض الدارسين إلى أن التعريف يقع بين الحب من ناحية والعدالة من الناحية الأخرى. وأينما يميل التعريف نحو الحب، فيُسمى إحساناً (*caritas*) في التقاليد المسيحية، وتعاطفاً (*sympatheia*) وحب البشر (*filanthropia*) في تقاليد السمو الروماني. وفي نهاية الطرف من ألوان الطيف تشير الفكرة إلى العدالة، كما في التوراة مثلاً، حيث تشير إلى واجب رعاية اليتامى والغرباء والفقراء. وليس الواجب فقط مسألة شخصية أو إحساناً تطوعياً ولكنه أيضاً "أن تعدل". وهكذا يملّي التضامن كما نفهمه اليوم درجة معينة من القوة الجبرية والقيود. وهكذا يؤدي التضامن كما نفهمه اليوم إلى اختيارات أخلاقية وسياسية، لإنفاذ سلوك معين، وخلق شروط مؤسسية وهيكلية لمعاشات التقاعد والتوظيف والأمن الاجتماعي إلخ<sup>(28)</sup>. وللرعاية الصحية أيضاً.

ويصبح لغواً فارغاً، على الإطلاق، أن تفكر في مفهوم التضامن دون أخذ المحتوى الذي جلبه أثناء عصر التنوير في الاعتبار. وحيث تضامن الأخوة (*fraternité*) هو جزء من الشعار الشهير للثورة الفرنسية [الحرية والإخاء والمساواة]. وبمثل هذا أصبح المعنى علمانياً. والآن في تاريخ الفلسفة السياسية والاجتماعية نالت الأخوة انتباهاً أقل بقدر كبير عن أفكار الحرية والمساواة. وللتفسير عرضاً، أحياناً يقال إن

---

(26) J. Verstraeten, "Solidariteit in de katholieke traditie", in E. de Jong en M. Buijsen (eds) *Solidariteit onder druk? Over de grens tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid*, (Nijmegen: Valkhof Pers, 2005), p. 27.

(27) Ibidem.

(28) Ibid., p. 29-30

الحرية والمساواة تنتميان إلى نفس المجال<sup>(29)</sup>. تقع الحرية والمساواة في قلب سياق العلاقات الإنسانية؛ التي تحددها المعاني السامية والقانون ، بينما الأخوة ليست كذلك . يقال إن الحرية والمساواة تنتميان إلى ”الجزء البارد“ من الطيف الأخلاقي: المجال الذي لا يشتبك فيه الناس بعواطفهم مع بعضهم ، وربما لا يتوقعون فيه الكثير من بعضهم ، والمساحة التي تتضمن الحدود الدنيا من الأخلاقيات التي يمكن ترجمتها إلى قانون إيجابي ، وفي إطار التعبيرات القانونية ، إلى حقوق مطلوبة<sup>(30)</sup>.

يقال إن أفكار الحرية والمساواة والحق والحقوق تقوم على أساس نفس الجنس الإنساني ، أي الفرد المستقل ذاتيا والذي يتميز بالجدارة ، والذي يحي خطته الخاصة في الحياة ويختار كل شيء بما يرضى ضميره الخاص . بينما الأخوة لا تناسب منطق الحرية والمساواة والقانون والحقوق ، لأنها لا تنتمي إلى العلاقات البعيدة بين أفراد مستقلين يسعون خلف غاياتهم الخاصة ، التي تقوم على المصلحة الذاتية . وينتمي التضامن إلى الناس الذين يعتمدون على بعضهم بسبب ضعفهم ، والذين يتحملون مسؤولية مصير بعضهم . التضامن هو تحالف مع الآخرين ، والذي ولده فهم هشاشة الحياة ، والاهتمام المتبادل بهناء حياتهم . ويقوم التضامن على أساس علم أجناس مختلف بالكامل ، وعلى غير منوال الحرية والمساواة ، فالتضامن يقوم على أساس أفكار البشر بوصفهم كائنات اجتماعية ، ومن حيث الجوهر يقال إن التضامن مع أفكار مثل الحب والرعاية والولاء ، إلخ ينتمي إلى ”الجزء الدافئ“ من الطيف الأخلاقي<sup>(31)</sup>.

بالطبع ، ليس هذا صحيحا بأكمله . حيث إن الاستعداد لتحمل مسؤولية جزئية عن المخاطر الموروثة في أرواح بشر آخرين . وقد ساهم التضامن بطريقة لا يمكن إنكارها في العلاقات المجتمعية الحالية . وعبر السنوات ، الدولة الأم (Rechtsstaat) تحولت إلى

---

(29) K. van der Wal, "Vrijheid, gelijkheid en broederschap?", in K. van der Wal (ed.) Vrijheid, gelijkheid en broederschap? Betekenis en huidige relevantie van het devies van de Franse Revolutie, (Budel: Damon, 2004), p. 9-14.

(30) Ibidem

(31) Ibidem

دولة الرفاه (welfare)، التي خرجت من رحم فكرة أن الحرية والمساواة يحتاجان إلى التضامن. لا يتطلب تحقيق الذات للكائن الإنساني الفرد فقط الحقوق السياسية والمدنية، ولكن أيضا الضمانات الإيجابية؛ مثل معاشات التقاعد والتعليم والأمن الاجتماعي والرعاية الصحية. إلخ. بكلمات أخرى، يلائم التضامن جزئيا منطق الحرية والمساواة والقانون والحقوق ولكنه يناسبهم إلى المدى الذي تشير إليه العدالة.

ما معنى "التضامن" في الرعاية الصحية؟ كما شاهدنا، فكرة التضامن ترتبط بشكل لا يخطئ بفكرة العدالة. وكما شاهدنا أيضا العدالة التي تكمن في القواعد التي تحكم القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية تبدو أنها تسيّر وفق شعار "لكل حسب حاجته (الموضوعية)". ولكن ليست هذه الفكرة عن العدالة التي تجعلنا نرى عدم عدالة فكرة "لا مطالب" في الرعاية الصحية. وشعار لكل حسب حاجته ليس سوى جزء من القصة. فعند وضع نظم الرعاية الصحية في الاعتبار نجد أن نظاما مثل النظام الهولندي لا يحتوي على فكرة واحدة لعدالة التوزيع بل على فكرتين. وتعني القواعد المتعلقة بفكرة "لا مطالب" أن المرضى المزمنين والمعوقين لم يستردوا أبدا جزءا من اشتراكاتهم التأمينية الأولية، حيث إنهم معتمدون دائما على الرعاية الطبية. والآن، القول بعدم عدالة جعلهم يدفعون أموالا إضافية زائدة مقابل رعايتهم طبيا، والقول بأنهم لا يستحقون دفع المزيد، هو بالضبط نفس الشيء كالقول بأنه يجب اعتبار الحاجة معيارا لتوزيع كميات الاشتراكات الأولية للتأمين الصحي بين المساهمين في النظام. بكلمات أخرى، حاجة الفرد (الموضوعية) للرعاية الصحية هي التي يجب أن تحدد (جزئيا) كمية الاشتراكات الأولية التي يدفعها الفرد. والمطلوب هو توزيع الاشتراكات الأولية للتأمين الصحي بعدالة أيضا، والظاهر أن العدالة في سياق الرعاية الصحية - بسبب الطبيعة الأخلاقية الخاصة للصحة<sup>(32)</sup> - تملّي أيضا ألا تلعب الحاجة، حيث إنها المتحكم الكلي من على جانب المنافع في النظام، أي دور على الإطلاق على

---

(32) See supra note 24

جانب الاشتراكات الأولية. فترتيبات "لا مطالبات" ترتيبات غير عادلة لأنها تنتهك هذا المبدأ.

بالقاء نظرة أقرب ، يتكون نظام الرعاية الصحية الهولندي من مجالين للعدالة. لكل حسب حاجته (الموضوعية) من ناحية ، ومن كل ليس حسب حاجته (الموضوعية) من الجانب الآخر. بالنسبة لنظم الرعاية الصحية التي على غرار النظام الهولندي الفكرة الأخيرة للعدالة هي شرط ضروري للقدرة المتساوية على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية كما يفهمها القانون الدولي (لحقوق الإنسان)<sup>(33)</sup>. يتصف التضامن في مثل هذه الأنظمة على الأقل بفصل حازم بين مجالي العدالة<sup>(34)</sup>. مقترحات الإصلاح التي تنتهك ذلك الفصل لم تختبر التضامن بالمعنى الصارم للكلمة. فالقانون الذي يربط ما بين الاحتياج الطبي للأفراد باشتراكات أولية أعلى لا يميز فقط بين الناس ويظلمهم ولكنه لا يختبر التضامن أيضا. وبالعكس ، فالقانون الذي يكافئ مسلكا معيناً على جانب المساهمة ببعض المميزات على حساب المنافع (انظر مخطط نقاط المكافأة الذي يقترحه دن هارتوغ) ينتهك هو أيضا الفصل بين مجالي العدالة. مثل هذا القانون هو قانون ظالم ولا يتوافق مع فكرة التضامن كما نرى فهمها في سياق الرعاية الصحية.

### ملاحظات ختامية

مفهوما العدالة والتضامن هما مفهومان متنازعان بشكل جوهري. بحكم التعريف لا فكرة "العدالة" ولا فكرة "التضامن" تمتلك معنى واحدا ثابتا ، لذلك يجب على المرء ألا يحكم بعدم إمكانية تغيير معناهما في المستقبل ، حتى في الرعاية الصحية.

(33) M. Buijsen, 'De betekenis van solidariteit in de gezondheidszorg', p. 90-91.

(34) تملّي القدرة المتساوية على الوصول للرعاية الصحية أيضا وجود سبل مالية للوصول. التضامن مع أولئك المحتاجين للرعاية الصحية هو ما يبلغه الفصل بين مجالي العدالة. هذا النوع من التضامن ليس نفس ما يشار إليه غالبا كتضامن في المخاطر (أو بالصدفة). من المحتمل أن التضامن مع هؤلاء المحتاجين يتطلب أيضا تضامنا ملموسا في الدخل.

ورغم ذلك ، يجب أن يتذكر المرء أن المفهوم المعاصر للعدالة قد أخذ عقوداً حتى يتطور عند الحديث بطريقة قانونية وأخذ آلاف السنين حتى يتطور عند الحديث أخلاقياً . ومرة أخرى تلك أفكار لا تقبل الترضية؛ لا تقبل الترضية بسبب الطريقة التي نعي بها الصحة ، وغياب الصحة والحاجة إلى الرعاية الصحية . تمتلك الإصلاحات الأخيرة في نظام الرعاية الصحية الهولندية شيئاً واحداً مشتركاً: إدخال الاستحقاق (بشكل أو بآخر) كمعيار للتوزيع . وهذا شيء لا يراه العديدون . وليس من المعروف ما إذا كان من الممكن شرح هذه الظاهرة بواسطة التغير الجوهري في وعينا العام بالصحة والمرض . نحن ببساطة لا نعرف بالنسبة لهذه المسألة وذلك لم تتم مناقشته باستفاضة وعمق . هنا أيضاً ، يفسح التفكير الفلسفي والنقدي الطريق لحديث سطحي عن الإدارة والضخالة الاقتصادية . ولكن يبدو لي أنه حيث توجد أسباب طيبة للتمسك بالمفاهيم الحالية للعدالة والتضامن ، - تلك المفاهيم التي سوف تدفع بنا سريعاً إلى تبني أفكار أخرى - لا بد أنها سوف تكون أفضل .



### الفصل الثالث

## التقاضي من أجل الوصول إلى الرعاية الصحية في هولندا: تحديات قانون المعاهدات الدولية

أندريه دن إكستر (André den Exter)

تضمن تشريعات التأمين الصحي الاجتماعي في هولندا، حق الوصول إلى الرعاية الصحية. لكن النظام الصحي الهولندي شهد تغييرات مستمرة منذ إنشاء نظام التأمين الصحي الاجتماعي في ستينيات القرن العشرين. حيث تعرض نظام التأمين الصحي هناك لعدد من الإصلاحات التي غيرت منه تدريجياً، آخرها كان إدخال خطط تنافسية للتأمين الصحي تغطي كل السكان.

ومع ذلك، طريقة تناول كل أشكال الإصلاحات التي تمت، استهدفت دائماً قضية القدرة على الحصول على خدمات الرعاية الصحية كما يحددها قانون المعاهدات الدولي الذي يشمل قانون الاتحاد الأوروبي<sup>(1)</sup>. وما يلفت النظر هو قوة قانون المجتمع المحلي في تدعيم حق المريض في الرعاية الصحية. وحيث إن محكمة العدل الأوروبية (ECJ) قد اعترفت بوجوب اعتبار الرعاية الصحية بنداً من بنود قانون معاهدات الاتحاد الأوروبي، فقد ارتبط الحق في الرعاية الصحية بشكل لا ينفصم بمبادئ حرية الحركة ولم يعد مقيداً بتشريعات بلد المنشأ. ومن هذه الزاوية تفحص هذه المقالة موقف القانون الدولي وقانون الاتحاد الأوروبي من المطالبة بالرعاية الصحية في هولندا.

---

(1) E.g., A. P. den Exter and H. E. G. M. Hermans, "The Constitutional Right to Health Care," *European Journal of Health Law* 3 (1998), p. 261-290; A. P. den Exter and H. E. G. M. Hermans, eds., *The Right to Health Care in Several European Countries* (The Hague: Kluwer Law International, 1999); A. P. den Exter, "The Right to Health Care in International Law," in A. P. den Exter and J. S. J. J. (eds.), *Frontiers of European Health Law* (Rottendam: Erasmus University Press, 2003), p. 12-26; B. C. A. Toebes, *The Right to Health as a Human Right in International Law* (Antwerp: Intersentia, 1999).

## الحصول على الرعاية الصحية في هولندا: الإطار القانوني

يقوم النظام الصحي لشعب هولندا على مبدأ التضامن. هذا التضامن يعني أن كل أعضاء المجتمع الذين يحتاجون للرعاية الصحية يجب أن تتاح لهم القدرة على الوصول إلى تلك الرعاية، بغض النظر عن قدرتهم على الدفع. فالتضامن ليس فكرة هلامية عن الخير. للتضامن معنى محدد يؤكد على أن نظام الرعاية الصحية ينتظم ويدار على أساس حق الوصول الشامل، دون التعرض لخطر الانتقائية (خدمات ما متاحة للجميع وخدمات أخرى مقيدة)، ويقوم على أساس اشتراكات طبقا للدخل، ودون فروق حقيقية بين حزم المنافع التي يقدمها هذا النظام<sup>(2)</sup>. يمثل ذلك المبدأ "مفهوم" مكنون لدى الشعب الهولندي في تشريعات قانون التأمين الصحي وتعترف به قرارات الهيئات التشريعية بما فيها محكمة العدل الأوروبية كما وصفنا سابقا.

ونتيجة تحريم السلطة القضائية للمراجعات الدستورية، فالجدل القانوني الذي يدور بين الشعب الهولندي حول الحصول على الرعاية الصحية يبدأ من نقطة المنظور التشريعي للقانون<sup>(3)</sup> وبشكل أكثر تحديدا، يركز هذا الجدل بشكل أولي على قضايا التأمين الصحي - الوصول إلى خطط التأمين الصحي، ومدى حزمة الخدمات المقدمة وطبيعتها، ومعدلات المساهمات، إلخ - لا يعني ذلك أن تقديم الخدمات الصحية لا يتمتع دستوريا بأي أهمية، ولكن بمعايير الرعاية الصحية القانون التشريعي والمقاييس القانونية الدولية هي الحاسمة<sup>(4)</sup>.

عموما، يُفسر مبدأ الوصول إلى الرعاية الصحية على أنه حق اجتماعي، وهو ما يعني أن السلطة الكفاء في هولندا لديها حرية تصرف واسعة في تحديد كيف ومتى

---

(2) A. den Exter and M. Buijsen, "Keuze voor Solidariteit. Kanttekeningen bij het Voorstel Zorgverzekeringswet," ("In Favour of Solidarity," in Dutch) TvGR (Journal of Dutch Health Law) 1 (2005), p. 111-117.

(3) كاستثناء لهذه القاعدة، ربما تقوم المحاكم بمراجعة دستورية القوانين طبقا لمعايير القانون الدولي والأوروبي

(4) Den Exter and Hermans, idem, p. 271

طبقا للمادة 22(1) من القانون الأساسي الهولندي سوف تتخذ السلطات الخطوات اللازمة لترقية الصحة العامة. هذه المادة تُفسر عموما "كمجرد" التزام من الحكومة بأن تهتم بإقامة منشآت صحية وتقوم بتيسير الوصول إلى الرعاية الصحية الضرورية.

سيتم تنفيذ هذا الحق الاجتماعي . بالاستناد إلى مبدأ التضامن ومبدأ المساواة ، أصبحت القدرة المتساوية على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية مُتضمنة في قانون التأمين الصحي الاجتماعي - أي قانون التأمين الصحي الجديد ، "Zorgverzekeringswet" - وتمت صياغتها في صورة استحقاقات للرعاية الصحية كما تحددها القوانين (الثانوية)<sup>(٥)</sup> . يقدم هذا القانون نظاماً تأمينياً صحياً إجبارياً لكل السكان ، تقوم على تنفيذه شركات تأمين (غير هادفة للربح) . باختصار ، يقدم قانون التأمين الصحي الجديد للمؤمن عليهم رعاية علاجية أساسية تخضع لاختبارات معايير الفاعلية الأكيدة ، والتكلفة مقابل الفاعلية (cost effectiveness) ، والحاجة إلى آليات التمويل الجماعي<sup>(٦)</sup> .

في ظل هذا القانون الجديد ، قد يرغب المؤمن عليه في سداد نفقات العلاج طبقاً لنموذج عيني أو نقدي . ورغم أن كلا النموذجين يضمن سياسة تأمينية ثابتة ، فإن النموذج الأخير يمنح المؤمن عليه حرية اختيار مقدم الخدمة الذي يرغب فيه سواء كانت المنشأة الطبية المختارة متعاقدة مع الصندوق التأميني أم لا . في حين أنه في ظل النموذج العيني للتأمين قد يطالب المؤمن عليه بأنواع الرعاية في صورة استحقاقات أو حزم خدمات يعرضها مقدمو الخدمة الصحية المتعاقدون مع الصندوق التأميني . وهكذا نجد أن حرية المؤمن عليه في اختيار من يقدم له الخدمة الصحية مقيّدة بالمنشآت الطبية المتعاقدة مع الصندوق التأميني فقط . إلا أنه في حالات استثنائية ، قد يرغب المؤمن عليه في اللجوء إلى مقدم خدمة غير متعاقد ، على سبيل المثال في حالات وجود قوائم الانتظار الطويلة ، وفيها يحصل المؤمن عليه على منحة نقدية ، نموذج السداد النقدي . وبسبب مجموعة قوانين محكمة العدل الأوروبية ، كان من اللازم تحسين قواعد السداد النقدي في ظل قانون التأمين الصحي الجديد (نناقش ذلك بالمزيد أدناه) . أحد

(٥) بدأ تنفيذ هذا القانون (Zorgverzekeringswet) في الأول من يناير 2006 ، (الجريدة الرسمية للدولة 2005): 358. يوجد ملخص باللغة الإنجليزية لقانون التأمين الصحي الجديد في موقع: <http://www.minvws.nl> . وتلا هذا القانون ، خطة تأمينية شاملة تغطي كل السكان . هذا المخطط اسمه (AWBZ) ويغطي النفقات الطبية الاستثنائية . إذا ما رغب المواطنون فيما هو أكثر من هذين المخططين التأمينيين الإلزاميين ، توجد خطط تأمينية قطاع خاص .

(٦) تختلف الظروف باختلاف نوع الرعاية العلاجية ، وتشمل وصفة الطبيب الممارس العام ، والعدد الأقصى لأصناف العقاقير الموصوفة والاعتماد المسبق من قبل الصندوق التأميني .

الأسباب التي دفعت في اتجاه هذا التحسين كان الالتزام التشريعي للصندوق التأميني بضمان القدرة على الوصول إلى الرعاية الطبية في ظل الخطة التأمينية. ويشكل هذا الالتزام جوهر المنافع النوعية (خدمات محددة) لنظام الرعاية الصحية، تصبح هيئة التأمين مسؤولة عنه - وفي حالة الإخلال بهذه المسؤولية - تصبح الهيئة التأمينية محل مساءلة قانونية. لذلك يصبح مبدأ الإدارة القويمة هو ما تقوم بشرائه الهيئة التأمينية المقدمة لحزم الخدمات الصحية العينية، داخل/أو خارج مجال النشاط. وفيما عدا الحالات القهرية، لا يمكن إعفاء الصندوق التأميني من التزامه بتوفير القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية. فلا يستطيع الصندوق التأميني الدفاع عن نفسه على أساس أنه لم يتعاقد بشكل كاف من أجل تقديم كل أنواع الخدمة الصحية، أو أنه لا يخصص تمويلا كافيا؛ للمستشفى المتعاقد معها<sup>(7)</sup>. مع ذلك، يستطيع الصندوق التأميني أن يدعي تعرضه لحالة قهرية مثل الطاقة السريرية المحدودة، طبقا للأحكام التنظيمية الحكومية، حيث إن ذلك يعتبر عاملا خارجيا؛ يتجاوز قدرات الصندوق التأميني على تغييره. ورغم ذلك، مع العلم بإمكانية التعاقد مع منشآت الرعاية الصحية في الخارج، مثل هذا الالتماس على الأرجح لن يكون مجديا في المستقبل.

### قانون (الأمن الاجتماعي) الدولي

وقع الإطار القانوني للتأمين الصحي الاجتماعي، بعيدا عن قانون التأمين الصحي القومي، تحت التأثير الشديد لقانون الأمن الاجتماعي الدولي، طبقا للشروط المتضمنة في العديد من الاتفاقات والمعاهدات<sup>(8)</sup>. وضعت الموائيق الدولية مفاهيم المعايير التي يجب أن تضطلع بها الدول الأعضاء من أجل الوصول إلى التحقيق الكامل للحق في الرعاية الصحية. تتضمن الصياغة المستعملة مسؤولية معينة تتحملها الدول فيما يتعلق

(7) Appeal court's Hertogenbosch July 2, 1990 (RZA 1990), p. 127.

(8) E.g., International Labour Organisation (ILO) Conventions concerning minimum standards of social security and maternity protection (102 and 103), the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights (ICESCR), the Council of Europe's Social Charter (ESC) and the European Code on Social Security. في هذا المقام، أشير إلى مساهمة بول شوكنيز، في الفصل الأول.

بتخصيص وتمويل وتقديم الرعاية الصحية، رغم أنه فيما يتعلق بتقديم الرعاية الصحية يتم تفسير الأمر عموماً على أنه استحقاقات قانونية غير مُرغمة في الرعاية الصحية، لذلك يجب تفسير الطموح النبيل في تحقيق قدرة شاملة على الوصول إلى الرعاية الصحية من خلال سياق هذه المعاهدات، وهي تعني مستوى أساسياً من الرعاية الصحية، تُفسر بشكل يتوافق مع صياغة ومعدلات وطريقة تنفيذ الأعراف القانونية والطاقت الاقتصادية في مجتمع معين. في الواقع، الطاقات الاقتصادية الداخلية وعدم شمول شروط هذه المعاهدات الدولية بالنفاذ، كل ذلك يلطف من المعنى الفعلي للحق في الرعاية الصحية وبالتالي في القدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.

رغم ذلك، زادت في هولندا تدريجياً أهمية المعاهدات الدولية بالنسبة للحقوق الاجتماعية منذ نشأة مفهوم الفعل المباشر "أو فكرة بنود الاتفاقية ذاتية التنفيذ. ففي مناسبات عديدة، قبلت الهيئة القضائية الهولندية بإمكانية أن يمتلك قانون الاتفاقيات الدولية حول الحقوق الاجتماعية أثراً ملزماً على كل الأفراد (شروط "الحق العام")<sup>(٩)</sup> وبعض الحقوق المحدودة (حول قضايا العمل ومنافع الأمن الاجتماعي) التي تخضع للمراجعة القضائية<sup>(١٠)</sup>. وعلى نحو خاص، كان الأثر المباشر للاتفاقيات التي تضع القواعد، مثل اتفاقيات منظمة العمل الدولية حول الأمن الاجتماعي، هو ظهور خلافات بسبب المذهب القانوني وأيضاً بسبب أحكام المحاكم<sup>(١١)</sup>.

(\*) Erga omnes

(٩) مثلاً، الحكم الصادر من المحكمة الهولندية العليا في قضية إضراب السكك الحديدية، (Hoge Raad, "Spoonwegstakingarrest" 30 mei 1986, NJ 1986, 688; CRvB January 5, 1988 (RSV 1988): 199; HR May 7, 1993, 440 (NJ 1995), p. 259.

(١٠) في الماضي أصدرت المحاكم حكماً مختلفاً حول ما إذا كانت المعاهدات التي تضع المعايير المسماة بمعاهدات التعليمات هي معاهدات ذاتية التنفيذ. انظر أيضاً:

Treaty provisions that are) Een ieder verbindend bepalingen van verdragen, J.W.A. Fleuren Den Haag: Boom Juridische uitgever, 2004); CRvB April 10, 1991), (binding on all persons, in Dutch CRvB May 1996 (RZA 1996), p. 134, p. 510, CRvB January 24, 2001, AA 9693, (AB 1991. 1996), p. 134

فيما يتعلق بالصحة، نصت أحكام المحكمة الإدارية العليا، ومحكمة الاستئناف المركزية (Centrale Raad van Beroep) على أن اتفاقية منظمة العمل الدولية حول الحدود الدنيا القياسية للأمن الاجتماعي ورعاية الأم تتضمن شروطاً ذاتية التنفيذ موجودة بالمعاهدات تستطيع خلق حقوق مباشرة للأفراد، تكون موضوعاً للتنفيذ الجبري بواسطة المحاكم<sup>(١١)</sup>. والمعايير الحاسمة سواء كانت معاهدات تضع قواعد أم معاهدات تضع شروطاً واجبة التنفيذ من تلقاء ذاتها تنبثق من طبيعتها (الجبرية أو الإرشادية)، ومن مفردات الكلمات المستخدمة في صياغة النص نفسه، لذلك الاستناد إلى الأثر الجبري لاتفاقيات منظمة العمل الدولية حول الأمن الاجتماعي يمد مواطني هولندا بحق محدود للمطالبة بالتنفيذ الإلزامي للحق الاجتماعي في الرعاية الصحية أمام المحاكم الوطنية. وبالعكس، رفضت السلطات القضائية مثل هذه الدعاوى مراراً في حالات مثل الاتفاقية الدولية حول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (ICESCR)، حيث إن شروط هذه الاتفاقية لم تكن دقيقة بشكل كاف، ولأن طبيعتها الإرشادية تمنح الدول هامشاً واسعاً من التفسير الذاتي لبنودها حتى تحدد الخطوات الضرورية من أجل تحقيق هذه الحقوق<sup>(١٢)</sup>. وحتى الآن، استمرت السلطات القضائية في تبني هذا النمط من الرأي وهي ليست على استعداد لدمج مفهوم "التحقيق التقدمي" للحقوق الاجتماعية، كما اقترحت اللجنة التي وضعت الاتفاقية في تقريرها بعنوان "تعليقات عامة وملاحظات ختامية (حول الصحة)"<sup>(١٣)</sup>.

(١١) خلصت محكمة الاستئناف المركزية إلى أن اللوائح التنفيذية القومية مثل لائحة المشاركة في تحمل نفقات خدمات رعاية الأمهات كانت انتهاكاً للمادة العاشرة من اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102 التي وضعت حدوداً دنياً للأمن الاجتماعي (CRvB May 29, 1996, RSV 1997/9). طبقاً لحكم المحكمة نص صياغة الحكم استخدم فعل أمر للإلزام بالمعاهدة (شرط ضمان)، وكلمات شروط المعاهدة نفسها تحظر إدخال تدابير للمشاركة في تحمل النفقات. نتيجة لهذا الحكم، ألغت الحكومة الهولندية قرار دفع مساهمات خاصة عند دخول المستشفيات. مؤخراً جداً، أكدت محكمة الاستئناف قوة وجودها التشريعي المباشر في حالة (أجزاء من) قانون الأمن الاجتماعي الأوروبي 1964، انظر: (CRvB 8 September 2006, LJN AY 8221).

(12) CRvB December 17, 1991, RSV 1992/164; CRvB March 31, 1995 (RSV 1996), p. 28; HR 28 April 2000 (NJ 2000), p. 430; HR January 30, 2004 (RvdW 2004), p. 26.

(١٣) مثلاً، التعليق العام رقم 3 حول طبيعة التزامات الدول الأطراف (RCSECI eht fo (1)2. tra). في co-d NU.

وبديلا عن ذلك ، ربما يستند المواطنون إلى المعاهدة الأوروبية لحقوق الإنسان ، والاتفاقية الأوروبية حول حقوق الإنسان (ECHR) عند إقامة الدعاوى ، من أجل الحصول على إجراءات طبية معينة أو دواء معين/أو تسديد التكاليف . في حالات عديدة -خصوصا- عندما لا تكون هناك تدخلات طبية أو دوائية معينة متضمنة في حزم منافع التأمين الصحي الاجتماعي ، يتم استدعاء بنود من المعاهدة الأوروبية حول حقوق الإنسان من أجل التنفيذ الجبري لمطالبات الرعاية الصحية على أساس البنود المتعلقة بحياة الأسرة أو الحياة الشخصية (المادة الثامنة)<sup>(١٥)</sup> . على سبيل المثال ، حالة نيكي ستنجيس الهولندي ، أحد الفتيان المراهقين ، مصاب بعدة إعاقات ، كتب شكوى بسبب رفض الطلب الذي تقدم به من أجل الحصول على ذراع اصطناعية عالية التكنولوجيا . كتب في شكواه التي تقدم بها : إنه طبقا للمادة الثامنة تلتزم السلطات إيجابيا بتزويده بأجهزة طبية ، وكان دافعه في مناقشته بأن مفهوم الحياة الخاصة ، كما فسرتها المحكمة ، تشمل الأفكار المتعلقة بجودة نوعية الحياة ، بما فيها القدرة الشخصية على إدارة شئون الحياة بشكل مستقل ، والحق في تأسيس وتطوير علاقات بالبشر الآخرين<sup>(١٦)</sup> . دفع ستنجيس بأن العوائق التي تقيدته غير مقبولة ، حيث إنه لم يكن أبدا قادرا على أن يتصرف بمفرده وأن حالة الاعتماد الكاملة على الآخرين "تجبره على أن يؤسس ويطور علاقات صداقة بأشخاص قد لا يختارهم لو لم يكن معوقا" . وإذا كان موضوع المادة الثامنة الجوهرية هو حماية الفرد من الاقتحام المستبد لحياته ، رأت

---

arap, 32/1991/E. 5-، تزعم اللجنة أن: «أي اقتراح بأن بنود الوثيقة المشار إليها لا تتمتع ضمنا بكونها ذاتية التنفيذ سوف يجعل من الصعب الحفاظ على استمرارها». التعليق العام رقم 41 حول الصحة. الحق في أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. 52.ddA/1/21.C/E.coD NU ;03.arap, 4/0002/21.C/E.coD NU

(14) ECtHR Marzari v. Italy May 4, 1999, App. No. 36448/97; Zehnalová and Zehnal v. the Czech Republic May 14, 2002, App. No. 38621/97; Sentges v. Netherlands July 8, 2003, App. No. 27677/02.

(١٥) الملاحظة أعلاه رقم ١4، تفيد مادة 8 من الاتفاقية بما يلي: ... لكل فرد الحق في احترام حياته ... الخصوصية؛ لن تتدخل السلطات العامة في ممارسة هذا الحق فيما عدا الحالات التي حددها القانون والحالات الضرورية واللازمة في مجتمع ديمقراطي لمصالح الأمن الوطني، أو السلامة العامة أو الرفاهة الاقتصادية للبلاد...

المحكمة أن هذه المادة قد لا يكمن بها التزام إيجابي بالاحترام الفعلي للحياة العائلية أو الحياة الشخصية<sup>(16)</sup>. قد تتصل هذه الالتزامات بتبني إجراءات مصممة خصيصا لضمان وحماية احترام الحياة الخاصة<sup>(17)</sup>. لكن حتى تنال التزاما إيجابيا من الدولة، هناك حاجة إلى وجود "صلة مباشرة وفورية" بين تلك الإجراءات التي يطالب بها طالب المساعدة وحياته الخاصة. وللأسف، تراجعت المحكمة عن تقرير ما إذا كانت مثل هذه الصلة تقوم أم لا. بدلا من ذلك استخلصت المحكمة وعلى وجه خاص في مثل هذه القضايا التي تشمل تقدير أولويات الموارد الصحية المحدودة، أن السلطات الوطنية تتمتع بهامش واسع في القدرة على التقدير حيث إنها "في موقع أفضل لصنع هذه التقديرات أكثر من المحكمة الدولية". ويسمى ذلك أيضا اختبار "التوازن الجيد" للمصالح المتنافسة بين الفرد والمجتمع ككل، شاملا تكاليف الرعاية الصحية. في القضية الحالية (قضية سنتجيس) اعتبرت المحكمة مسألة توفير ذراع اصطناعية عالية التكنولوجيا تقع داخل هامش تقديرها؛ حيث إن طالب المساعدة يمتلك حق الوصول إلى الحزم النمطية للرعاية الصحية التي يقدمها؛ قانون التأمين الصحي السابق، أي كرسي متحرك كهربائي بعصا تشغيل معدلة. وسوف تنظر المحكمة في التدخل في الأمر فقط في حالة ظهور نتائج غير معقولة بشكل واضح. وقد يحدث ذلك - مثلا - إذا ما منعوا عن طالب المساعدة دواء لازما؛ لإسعاف مريض في حالة حرجة، ومن الممكن وقتها أن تقوم الدولة بتحمل تكلفة هذا الدواء. في حالات العلاج أو الذي ينقذ الحياة، يستطيع المرء أن يقيم مطالبته على أساس الحق في الحياة، الوارد في المادة الثانية من الاتفاقية<sup>(18)</sup>.

---

(16) Lopez Ostra v. Spain, judgment on December 9, 1994, Guerra and Others v. Italy,= judgment on February 19, 1998, Botta v. Italy, judgment on February 24, 1998, Reports of Judgments and Decisions 1998-I.

(17) E.g., Stubbings and Others v. the United Kingdom, judgment on October 22, 1996 (Reports 1996-IV): 1505, 62.

(18) انظر ( Nitecki v. Poland, judgment on March 21, 2002, App. No. 65653/01 §1 )، حيث رأت المحكمة أن: «لا يمكن استبعاد أن التصرفات التي تدل على إغفال السلطات لواجباتها في ميدان السياسة العامة للرعاية



المقاربة البديلة التي تقدمها محكمة حقوق الإنسان قد تكون فعالة، فقط في حالات استثنائية، لكن مع التسليم بالتردد للمفهوم عند القضاء لربط الحق في الرعاية الصحية بحقوق الفرد، وبالحياة نفسها وبالحياة الخصوصية، وباختبارها "للتوازن العادل"، يجعل من الصعب بشدة - إن لم يكن من المستحيل - التنفيذ الجبري لمطالبات الرعاية الصحية. فالادعاء باستحقاقات التأمين الصحي بناء على التشريعات القانونية يوفر علاجاً أكثر نجاحاً لتحقيق حق المرء في الرعاية الصحية. نتيجة لتأثير محكمة العدل الأوروبية، وسوف نرى أن هذه الدعاوى لا تنحصر في الأراضي الهولندية فقط.

### قانون الاتحاد الأوروبي والرعاية الصحية: قانون الصحة العامة

تأسس الاتحاد الأوروبي (المعروف سابقاً بالجماعة الأوروبية) مع التصديق على معاهدة ماستريخت (١٩٩٢). ومنذ ماستريخت، تم تحديث معاهدة الاتحاد الأوروبي (EU) بما يسمى معاهدة أمستردام (١٩٩٧)، وسوف تستبدل بمعاهدة لشبونة (٢٠٠٩)<sup>(٢٠)</sup>.

خلقت هذه المعاهدات نظاماً قانونياً فريداً وجديداً نستطيع تمييزه عن القانون الدولي التقليدي في محتواه وأدواته ومصادره القانونية<sup>(٢١)</sup>.

ولأسباب تاريخية، لا يمتلك الاتحاد الأوروبي أهلية عمومية لإصدار لوائح تنظيمية في ميدان الصحة. معاهدة روما الأصلية التي أسست الجماعة الأوروبية لم تتخلل نظاماً صحياً "أوروبياً"<sup>(٢٢)</sup>. والسياسة الصحية، وبشكل أبرز قضية الوصول إلى خدمات

---

الصحية قد تتصل في ظروف معينة بمسئوليتها الواردة في المادة الثانية<sup>(٢٣)</sup>.

(١٩) معاهدة لشبونة سوف تحل محل معاهدة الاتحاد الأوروبي السابقة التي تضم التعديلات السالفة (EU). سوف تستبدل المعاهدة الجديدة (بما فيها بروتوكول حقوق الإنسان) معاهدة الاتحاد الأوروبي الدستورية التي تعرضت للرفض في الاستفتاء الذي جرى في فرنسا وهولندا.

(20) P. J. G. Kapteyn and P. Verloren van Themaat, 3rd ed., Introduction to the Law of the European Communities (London: Kluwer Law Int., 1998), p. 77, confirmed by the ECJ's landmark case Van Gent en Loos ECR (1963), p. 1.

(21) Treaty establishing the European Community (Amsterdam consolidated version).

ومنشآت الرعاية الصحية، نظمها الأوامر واللوائح القانونية الداخلية للدول الأعضاء كل بمفرده. قامت جدارة الجماعة الأوروبية فيما يتعلق بالصحة بشكل رئيسي على أساس البنود العامة للمعاهدة للمدى الذي يتعلق بوظائف السوق المشتركة.<sup>(٢٢)</sup> فقط كانت معاهدة ماستريخت التي أمثلت فيها الاتحاد الأوروبي أهلية فوق قومية لإدارة سياسة صحة عامة للوقاية من الأمراض والتوعية الصحية (مادة ١٢٩ من معاهدة ماستريخت للجماعة الأوروبية). ومهام الصحة العامة التي كانت محل نقاش وأوكلت للاتحاد الأوروبي قيدها مبدأ التبعية رغم ذلك، إذا ما كانت أهداف العمل المقترح لهذا الحد أو ذاك لا يمكن تحقيقها بشكل كاف بواسطة الدول الأعضاء<sup>(٢٣)</sup>. وهكذا تقيد المعاهدة السلطة التشريعية للاتحاد الأوروبي مقابل الصحة.

أدخلت تعديلات أمستردام (١٩٩٧) عدة تغييرات مهمة رغم أن نقص الدقة القانونية في المادة رقم ١٥٢ (٤) (a) ما زال يترك مجالا لتفسيرات شتى<sup>(٢٤)</sup>. حلت المادة ١٥٢ (EC) من معاهدة أمستردام محل بند الصحة العامة في معاهدة ماستريخت، في المادة رقم ١٢٩. نتيجة لذلك لن يكون الاتحاد الأوروبي مقيدا بعد بتدابير معينة أو بأنشطة معينة، تكون وقائية في طبيعتها<sup>(٢٥)</sup>. وحيث إن "مثل هذا التصرف سوف يغطي النزاع ضد العقوبات الصحية الكبرى، بترقية البحث... إلى جانب المعلومات الصحية والتعليم الصحي" (القسم رقم ١)، قد يتخذ الاتحاد أيضا خطوات إيجابية من أجل تحسين الصحة العامة. وتتضمن الأنشطة الموسعة في مجال الصحة العامة التي

---

Official Journal C 325 of December 24, 2002. Hereafter, references to the treaty refer to this version, available at <<http://europe.eu.int/eur-lex/lex/en/index.htm>>.

(٢٢) من جملة المواد، (articles 94 and 308 EC)، كلا المادتين استهدفت تحقيق السوق المشتركة. نستطيع أن نجد مزيدا من القيود "في التجارة البينية"، في بنود معاهدات أخرى ذات شأن استهدفت حماية صحة وحياة الإنسان، مثلا المادة (30 EC).

(٢٣) ولذلك، من الأفضل أن يتحقق بواسطة الجماعة بسبب درجة أو آثار التصرف المقترح، مادة (5 EC).

(24) H. D. C. Roscam Abbing, "Public Health in the Treaty of Amsterdam," *European Journal of Health Law* 2 (1998), p. 173.

(25) A. P. van der Mei and L. Waddington, "Public Health and the Treaty of Amsterdam," *European Journal of Health Law* 2 (1998): 135.

يقوم بها الاتحاد، من ضمن جملة أمور، إجراءات لوضع معايير للجودة وسلامة الأعضاء والمواد ذات الأصل الإنساني، والدم ومشتقاته، وفي مجال الطب البيطري والمجال الصحي المتعلق بصحة النباتات<sup>(٢٦)</sup>. في القسم الخامس جاء ذكر أن أعمال الاتحاد في ميدان الصحة العامة "سوف تحترم مسئولية الدول الأعضاء في تنظيم وتقديم الخدمات الصحية والرعاية الطبية". يعيد هذا النص التشديد على تلكو الدول الأعضاء، في توفير كفاءات لتنظيم وتمويل نظم الرعاية الصحية الوطنية لكل منهم. وبالتالي، الدعاوى القضائية التي يقيمها الأفراد من أجل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية لا يمكن تأسيسها على المادة ١٥٢.

### مبادئ حرية الحركة والرعاية الصحية

رغم أن السلطات الوطنية تمتلك نظريا كفاءات حصرية لتنظيم وتمويل وتقديم خدمات الرعاية الصحية، يتأثر هذا التشريع بالقرارات السياسية التي تصدر على المستوى الأوروبي وبمواد قانون الاتحاد الأوروبي الموضوعة من أجل التحقق الفعلي للسوق الداخلي. وطبقا للمادة ١٤ (٢) من معاهدة السوق الأوروبي المشتركة، السوق الداخلي "سوف يتضمن منطقة دون حدود داخلية، تصبح فيها الحركة الحرة للبضائع والأشخاص والخدمات ورأس المال مصنونة طبقا للمواد الواردة بهذه المعاهدة". في ظل ظروف معينة، ربما يشترك مواطنو الاتحاد حقوقا نوعية تتبع من بنود "الحركة الحرة". بالنسبة للمرضى، أكثر البنود ذات العلاقة بهم هي الحركة الحرة للأشخاص والخدمات والبضائع<sup>(٢٧)</sup>. ومع ذلك، فإن أثر البنود التي تتناول السوق الداخلي على

(26) Article 152(4)(a)(b) EC.

(٢٧) تقع قواعد السوق الأوروبية المشتركة فيما يتعلق بالمنافسة خارج مجال هذا الفصل، حيث إن هذه المبادئ تستمد مرجعيتها من سياق المنافسة بين مقدمي الخدمة الصحية وصناديق التأمين الصحي الاجتماعي. انظر على سبيل المثال: T. S. Jost, D. Dawson and A. P. den Exter. "The Role of Competition in Health Care: A Western European Perspective" *Journal of Health Politics, Policy and Law* vol 31, no 3 (2006), pp. 687-703; see also: A.P. den Exter. "Blending Private and Social Health Insurance in the Netherlands: Challenges Posed by the EU" in C.M. Flood, K. Roach and L. Sossin (eds.), *Access to Care Access to Justice. The Legal Debate over Private Health Insurance in Canada*. (Toronto: University of Toronto Press, 2005), p. 257-277.

القطاع الصحي غير مكتمل ويختلف من بند إلى آخر .

فيما يتعلق بالحركة الحرة للأشخاص ، تشمل بنود المعاهدة التي تتناول هذا الجانب الحركة الحرة "للعامل" (art. 39-42 EC) ، وحقوق "التأسيس" (art. 43-44 EC) . تم تدعيم هذه البنود بدورها بتشريعات ثانوية<sup>(٢٨)</sup> . تخول الحركة الحرة للعمال ، من ضمن جملة أمور أخرى ، الحق في الإقامة في الدول الأعضاء ، من أجل التوظيف طبقا للبنود التي تحكم توظيف مواطني الدولة كما يحددها القانون واللوائح والأعمال الإدارية .

لا تتعلق بنود الحركة الحرة فقط بالمهنيين الصحيين ، ولكنها تتناول المرضى أيضا . مادة ٢٢ المتعلقة بأحكام التنسيق ما بين اللوائح (Regulation 1408/71) في ارتباطها بالمادة ٣٩ (EC) ، تخول للعمال العابرين للحدود حق الوصول إلى نظام الرعاية الصحية في بلد إقامتهم؛ ورعاية الحالات الطارئة في حالة الإقامة المؤقتة في الخارج؛ والإذن المسبق بالرعاية بواسطة هيئة التأمين التي تغطي المريض أو بواسطة السلطات الصحية (الوطنية) المنافسة<sup>(٢٩)</sup> . وحيث إن الحركة الحرة لم تقتصر على "العمال" فقط ، يستطيع الأقارب والسياح والشرائح الأخرى من المواطنين الأوروبيين أيضا تقديم التماسات للاستفادة من هذا البند . ورغم أن اللائحة ١٤٠٨/٧١ تستهدف التنسيق بين نظم الأمن الاجتماعي المختلفة في الدول الأعضاء ، تظل الحركة الحرة للمرضى تبعث على الاختلاف والجدل . والمشكلة الكبرى التي تواجهها البلدان في الرعاية الصحية عبر الحدود هي كيف تضع اللوائح المنظمة وكيف تمويل هذه

(٢٨) مثل، تعليمات الاعتراف المتبادل، التي تيسر نظاما عاما للاعتراف بدبلومات بعض التخصصات الصحية النوعية ( Directives 89/48/EEC and 92/51/EEC )، ومؤخرا تم استبدالها بتعليمات المؤهلات الأكاديمية الجديدة (2005/36/EC).

(29) Social security co-ordination regulation 1408/71 OJ No. L 149 of July 5, 1971 as amended by Regulation 859/2003 of May 14, 2003 PB No. L 124, 20/5/2003. In the near future Regulation 1408/71 is due to be replaced by Regulation 883/2004 simplifying and modernizing the coordination of social security schemes. Article 91 of the new Regulation provides that Regulation 1408/71 will continue to apply until the entry into force of the implementing regulation. The Commission has put forward a proposal for an implementing measure (COM(2006)16).

الرعاية المتنوعة. تخشى بعض الدول الأعضاء من تدفق سيل من المرضى من تلك الدول الأعضاء التي تفتقد المنشآت الصحية أو/و التي تقدم نوعية سيئة من الرعاية. الأحكام الصادرة من محكمة العدل، التي تبسط حركة المرضى، لم تجد نفعا إلا في تدعيم هذه المخاوف.

### أحكام محكمة العدل الأوروبية حول حركة المرضى

يعهدون إلى محكمة العدل الأوروبية (ECJ) من ضمن جملة أمور أخرى، بوضع الأحكام الأولية<sup>(30)</sup>. بالإشارة إلى أطراف المحاضر الرئيسية أمام المحكمة الوطنية، تصبح محكمة العدل الأوروبية، بواسطة حكم أولي، هي المختصة حصرا للنطق بتفسير مواد المعاهدة، في حالة إذا ما أثير سؤال حول هذا الموضوع. والأمر هكذا، تستطيع المحكمة ترقية الانسجام في تفسير قانون الاتحاد داخل الدول الأعضاء. في عدد واف من الحالات، التجأت الإجراءات القضائية الوطنية حول حركة المرضى إلى سلطة النظر في الدعاوى التي تملكها محكمة العدل الأوروبية<sup>(31)</sup>. في إحدى الحالات النمطية، شكا أحد المؤمن عليهم من أن صندوقه التأميني فرض شرطا مقيدا أو رفض التصديق على أن يتلقى الرعاية الطبية في الخارج، وهكذا يتساءل عن مشروعية اللائحة، التي تتطلب إذا مسبقا من وجهة نظر الحريات الجوهرية. ومنذ سابقة قضية دكر وكول، تواجه محكمة العدل الأوروبية عددا متزايدا من القضايا

---

(30) Art 234 EC.

(31) Decker v. Caisse de Maladie des Employés Privés C-120/5 (1998) ECR I-1831 and Kohll v. Union des Caisses de Maladie C-158/96 (1998) ECR I-1931.

نقضت محكمة العدل الأوروبية أحكام قضاء لوكسمبورج، الذي قضى بأن سداد نظام التأمين الاجتماعي لتكلفة الخدمات الطبية المقدمة في دولة عضو أخرى - الخاصة بعلاج تقويم الأسنان وتوفير نظارات طبية - مشروطة بموافقة مسبقة. الحكم القضائي لذكر وكول تسبب في بداية عدد من القضايا التي تختصم نظام التأمين الصحي الهولندي، مثل:

Geraerts-Smits/Peerbooms C-157/99 (2001) ECR I-5473 ; Müller-Fauré/Van Riet C-385/99, (2003) ECR I-4409; Vander Duin v Onderlinge Waarborgmaatschappij ANOZ Zorgverzekeringen and Onderlinge Waarborgmaatschappij ANOZ Zorgverzekeringen v Van Wegberg-van Brederode C-156/01 (2003) ECR I-7045, Inizan v. Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine C-56/01, (2003) ECR I-12403; Leichtle C-8/02 (2004), ECR I-2641, Keller C-145/03 (2005), ECR I-2529; and Watts C-372/04 (2006) ECR I-4325.

التي تفقد عدم انسجام نظام التأمين الصحي الاجتماعي الهولندي مع مبادئ الحركة الحرة<sup>(32)</sup>. في قضية سميتز وبيربومز (Smits & Peerbooms) المشتركة، رفض صندوق التأمين الصحي الاجتماعي الهولندي تسديد التكاليف التي تحملتها السيدة سميتز مقابل نفقات العلاج متعدد التخصصات الطبية في عيادة ألمانية، متخصصة في مرض الباركنسون (Parkinson's disease). دافعت هيئة التأمين الصحي الاجتماعي من أجل تبرير قرارها بتوافر علاج كافٍ ومرض لمرض الباركنسون في هولندا وأن العلاج النوعي الإكلينيكي المقدم في ألمانيا لا يعطي ميزة إضافية. وهكذا، لم تكن هناك "ضرورة طبية" لإجراء علاج السيدة سميتز في العيادة الألمانية.

في الدعوى الثانية، دخل السيد بيربومز في غيبوبة من جراء حادث على الطريق. تم نقل السيد بيربومز إلى مستشفى في هولندا ومن هناك نُقل وهو في حالة موت سريري إلى عيادة جامعية في أنسبروك بالنمسا، حيث تلقى علاجاً نوعياً مكثفاً باستخدام محفزات للجهاز العصبي. في هولندا يعتبرون هذه الطريقة العلاجية تجريبية ومن المعتاد استخدامها فقط في ظل ظروف معينة. وبحسب البروتوكولات العلاجية المتبعة في هولندا، بيربومز غير مؤهل لمثل هذا النظام العلاجي التجريبي؛ حيث إن سنده لا يسمح بذلك. وهكذا رفض صندوق الأمراض دفع تكلفة العلاج.

في كلتا الحالتين، التزمت محكمة العدل الأوروبية بمبدأ الإذن المسبق، دون اعتبار لما إذا كانت مثل هذه القاعدة في ظروف هاتين القضيتين بالاسم تشكل مانعاً يعيق تقديم الخدمة العلاجية أم لا. وعلى النقيض من حكم قضيتي ديكر وكول (الذي يتعامل مع رعاية غير علاجية في إطار نظام سداد التكلفة)، تتعلق قضية سميتز وبيربومز بالحصول على خدمات الرعاية العلاجية النوعية ولا يتعاقد فيها صندوق المرضى، وفي حالة هولندا، تقدم مثل هذه الخدمات على أساس "حزمة منافع"<sup>(33)</sup>.

---

(32) Smits/Peerbooms; Müller-Fauré/Van Riet; Van der Duin, and Wegberg-van Brederode  
(33) في نظام "حزم المنافع"، المؤمن عليه ينتفع فقط بالخدمات المسموح بها قانوناً، والمتاحة عند مقدم الخدمة الذي

وافقت المحكمة على أن صندوق المرض يجب ألا يتعرض لتكلفة الخدمات العلاجية في المستشفيات التي لم يتعاقد عليها. إلا أن شرط الإذن المسبق كما تطبقه السلطات في هولندا تعرض للنقد بسبب ما قد يتضمنه من أثر تمييزي.

في هولندا القاعدة القانونية العامة التي يتم تغطية تكلفة نفقات العلاج الطبي في ظلها هي أنه حيث ما يوجد العلاج "من الطبيعي أن تهتم به الدوائر العلمية للمهنة"<sup>(34)</sup>. ومع ذلك فإن هذا النص قابل لعدد من التفسيرات، خصوصا بناء على ما إذا كانت "طبيعي" هذه هي كذلك في الدوائر العلمية الهولندية - وهو التفسير الضيق الذي فضلته المحكمة الوطنية في هولندا - وعلى العكس من ذلك، قررت محكمة العدل الأوروبية أنه إذا سمحت للعلاج الذي يجري بحكم العادة داخل الحدود الوطنية والآراء العلمية السائدة في الدوائر الطبية الوطنية لتقرير ما هو "الطبيعي" وما هو غير "الطبيعي"، فلن تضمن للمرضى بشكل كاف، لأن بروتوكولات العلاج محل النظر موضوعية وغير تمييزية ومعروفة مقدما ولا تستخدم على نحو اعتباطي. علاوة على ذلك، مثل هذا التركيز على المفاهيم الوطنية لما هو "طبيعي" سوف يجعل على الأرجح مقدم الخدمة الهولندي مفضلا دائما في الواقع العملي<sup>(35)</sup>. وجدت محكمة العدل الأوروبية أنه إذا ما تم اختبار وتجربة العلاج بشكل كاف بواسطة الدوائر العلمية الطبية الدولية، لن يكون هناك تبرير رفض قاعدة الإذن المسبق. والأكثر، حتى نفي بمعيار "الطبيعي"، الدولة العضو، "يجب أن تأخذ في اعتبارها كل المعلومات المتاحة ذات الصلة، بما فيها، خصوصا، الأدبيات والدراسات العلمية الحالية وآراء الخبراء المجازة وحقيقة أن العلاج المقترح تغطيه أو لا تغطيه صناديق المرض التأمينية في الدولة العضو التي

---

يتعاقد معه الصندوق التأميني. وهذا يختلف عن نظام سداد التكاليف الذي تسد فيه هيئة التأمين الصحي تكلفة العلاج للمؤمن عليه. في مثل هذا النموذج لا توجد علاقة تعاقدية بين هيئة التأمين الصحي ومقدم الخدمة.

(34) Based on settled case-law of the Central Appeals Tribunal (CRvB) May 23, 1995 (RZA 1995) No. 126.

(35) Smits/Peerbooms, at para 96.

يقدم العلاج على أراضيتها“<sup>(36)</sup>.

من هذه الحالة، أصبح من الواضح أن الدول الأعضاء يجب أن تطبق إجراءات الإذن المسبق باستقامة وأن المريض لا يمكن رفض حقه بشكل متعسف في تلقي الرعاية الصحية خارج البلاد، أي معاملة دون تمييز، وإجراءات شفافة وآليات للاستئناف). بالنسبة للمرضى المنتفعين بالخدمات النوعية مثل تلك التي يوفرها النظام الصحي في هولندا، يعني الحكم أن من المفروض أن يتلقى هؤلاء المرضى العلاج الطبي من مقدم خدمات صحية أجنبي دون تعاقب التأمين الصحي بنفس السهولة التي يتلقون بها العلاج الطبي من مقدم الخدمة غير المتعاقد في بلد التأمين الصحي. وهكذا، يخلق تفسير محكمة العدل الأوروبية لشروط الإذن المسبق المجتمعي فرصا جديدة لا متداد الوصول إلى الرعاية الصحية في الخارج<sup>(37)</sup>.

لاحقا لقضية سمينز/بيربومز، كان على محكمة العدل الأوروبية أن تصدر حكما في حالتين مماثلتين بشكل أو بآخر في القضية الهولندية المختلطة مولر-فوريه/فان ريببت<sup>(38)</sup>.

هنا شددت المحكمة على منطقها السابق حول وجوب وجود إذن مسبق فيما يتعلق بالرعاية العلاجية في المستشفيات على الأقل. ومع ذلك أكدت المحكمة أيضا أن هناك أسبابا عديدة قد تبرر طلب الإذن المسبق؛ حيث إن الصناديق المالية للتأمين الصحي الاجتماعي تقدم نفس المنافع الموجودة في دولة عضو أخرى. هذه الأسباب تتضمن: حماية الصحة العامة إلى القدر الذي تقصده اتفاقيات النظام ضمان أن هناك خدمة طبية متوازنة عالية الجدوى في المستشفيات المفتوحة للجميع؛ وضمان الاتزان المالي

(36) Ibid, at para 98.

(37) H. A. G. Temmink, "Kroniek van het Europees recht بالهولندية", "Nederlands Juristenblad 31 (2001), 1502.

(38) Müller-Fauré, ibid.



لنظام الأمن الاجتماعي؛ وأخيراً، لتمكين سلطات الإدارة من السيطرة على الإنفاق من أجل الخدمات الصحية وتخطيطها.

لاحظت المحكمة مشروعية القلق على تخريب الاتزان المالي لنظام الأمن الاجتماعي بوجه خاص في مقابل الرعاية العلاجية في المستشفيات. في حالة الخدمات العلاجية بالمستشفيات، طبقاً لما تقوله المحكمة، من المعروف جيداً أنه لضمان القدرة الكافية على الوصول إلى مدى واسع من خدمات المستشفى ومن أجل احتواء التكاليف، وأنه من المطلوب التخطيط بعناية فيما يتعلق بعدد المستشفيات، وتوزيعها الجغرافي، ونمط تنظيمها الداخلي والتجهيزات المزودة بها<sup>(39)</sup>. رغم تلك الشروط المرفقة من أجل منح الإذن يجب أن تكون مبررة وأن تفي بمتطلبات التناسب، ومثل هذا المخطط للإذن المسبق يجب أن يكون مؤسسا بالمثل على نظام إجرائي يسير الوصول إليه ومن الممكن اللجوء إلى القضاء لمواجهته بإجراءات قضائية أو شبه قضائية<sup>(40)</sup>.

إلا أنه فيما يتعلق برعاية مرضى العيادات الخارجية - دون إقامة داخلية بالمستشفى - كما هي الحالة في قضية مولر فوريه - أي رعاية الأسنان - لم تقتنع المحكمة بأن إلغاء شرط الإذن المسبق سوف يكون له تأثير مدمر للنظام الصحي. طبقاً للمحكمة "لا يوجد دليل يشير إلى أن شطب مطلب الإذن المسبق لهذا النوع من الرعاية سوف يزيد من سفر المرضى إلى البلاد الأخرى بمثل هذه الأعداد الغفيرة، رغم الحواجز اللغوية، والبعد الجغرافي، وتكلفة الإقامة في الخارج ونقص المعلومات حول نوع الرعاية المقدمة هناك، وأن الاتزان المالي لنظام الأمن الاجتماعي سوف يتدهور بشدة"<sup>(41)</sup>. لذلك، في حالة خدمات غير المستشفيات، لا يوجد مبرر لطلب إذن مسبق عندما يطبق المرء مبدأ حرية الحركة والانتقال.

---

(39) Müller-Fauré, para 77. Müller-Fauré, para 77.

(40) Ibid, para 85.

في ظل اختبار التناسب هذا، إذا ما استطاعت إجراءات أو ترتيبات بديلة لتدخلات غير جراحية أن تؤدي المهمة المطلوبة تحت نفس الظروف، أي تلك التدخلات المطالب بها، يجب في هذه الحالة اختبار البدائل غير الجراحية.

(41) Ibid, para 95.

رغم اعتبار قضية مولر-فوريه/ فان ريبب الأخيرة في سلسلة الأحكام العابرة للحدود، القواعد الجديدة التي أقرتها المحكمة حول أوجه الإنفاق المتعلقة بالمستشفيات في البلدان الأعضاء الأخرى - قضية Leichte - إلى جانب إعادة تسديد نفقات خدمات المستشفيات في البلدان غير الأوروبية، قد عمقت بالمزيد فكرة حركة المريض وانتقالاته - قضية Keller - وعلاقتها بمسألة تمويل النظام الصحي الوطني للنظم الصحية الأخرى (قضية Watts)<sup>(42)</sup>. رغم أن هذه القضايا تضع الأعراف القانونية حول الرعاية العابرة للحدود في ألمانيا (Leichte)، وإسبانيا (Keller) وفي المملكة المتحدة (Watts)، لكن نتائجها مست كل الدول الأعضاء، وهولندا من بينهم.

في قضية Leichte، المسألة المثارة لم تتعلق إلى حد بعيد باعتماد وتسديد نفقات منشآت الرعاية الصحية في الخارج - أي المنتجات الصحية - ولكنها تعلقت بقواعد سداد النفقات الأخرى المرتبطة بالعلاج في الخارج - نفقات السفر، والإقامة في الفنادق إلخ - وحيث إن شروط تسديد نفقات هذا النوع من التكلفة استهدفت العلاج خارج البلاد فقط - أي زيادة التوقعات بالنجاح، والتقارير التي يكتبها الطبيب المسئول - تستطيع ألمانيا تعطيل وصول المؤمن عليه إلى مقدمي الرعاية الصحية بالخارج، وبالتالي عرقلة الحركة الحرة. من الممكن اعتبار النفقات المتعلقة بالسفر والإقامة كجزء متمم للرعاية الصحية نفسها.

بعد كل ذلك وحيث إن العلاج قد يتضمن المكوث بالمستشفى، قد تمتد خدمات الرعاية الصحية المقدمة لأغراض العلاج لتشمل العلاج بمنتجات العلاج الطبيعي.

---

(42) Ludwig Leichte v. Bundesanstalt für Arbeit Case C-8/02 (2004), ECR I-2641, and the Keller case, Keller v. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa), formerly Instituto Nacional de la Salud (Insalud) being discussed by the author in: A. P. den Exter, "Patient Mobility in the European Union: Health Spas in Italy," Croatian Medical Journal 46, no. 2 (2005): 197-200; A. P. den Exter, "The European Court of Justice and the Keller case: A Bridge too Far?" Medicine and Law (2005), and Watts being discussed by Chris Newdick in his contribution "Solidarity, Rights and Social Welfare in the NHS - Resisting the Tide of Bioethics?" (الفصل 4).

ورغم أن نفقات السفر والضرائب المفروضة على الزائر ليست طبية في طبيعتها ، فإنه طبقا للمحكمة ، هي ”متصلة بالعلاج نفسه بصورة لا تنفصم حيث إن المريض مطلوب منه السفر والإقامة في منتجعات العلاج الطبيعي في إيطاليا“<sup>(43)</sup> . وبالتالي ، يجب فحص شروط مثل هذه النفقات طبقا للمنطق المقبول به سابقا كمبرر لها . إضافة إلى ذلك ، هذا يعني أن الإجراءات المتخذة يجب أن تصبح ضرورية وأن الهدف منها لا يمكن الوصول إليه بديل ، يشمل تدخلات جراحية أقل تحت نفس الظروف (اختبار التناسب).

ادعت السلطات الألمانية أن غياب الشروط محل النزاع سوف يضر جديا بالاستقرار المالي لنظام الأمن الاجتماعي الألماني إذا لم يكن مصحوبا بتحليل لدرجة ملائمة وتناسب الإجراءات المقيد . وحيث إن السلطات الألمانية لم تستطع دعم مثل هذا الادعاء بحجج وبراهين قوية ، لم تأخذ المحكمة بسبب المصلحة العامة كمبرر لتقييد حرية حركة المرضى وانتقالهم ، لذلك استحق السيد ليختل تعويضا عن النفقات الإضافية التي تحملها من أجل زيارة منتجعات العلاج الطبيعي في الخارج . والعكس تماما ، وهي الحالة التي توضح فيها دولة من الدول الأعضاء عدم قدرتها على توفير تدخل يخلو من الناحية الجراحية ومساوٍ في فعاليته للإجراء المقترح ، أو تدعي ادعاء مستندا إلى أسباب قوية للضرر من عدم الاستقرار المالي للنظام في حالة ما إذا سعى العديد من الناس إلى الحصول على العلاج من المنتجعات الصحية بالخارج . في هذه الحالة قد تصبح نتيجة هذه القضية مختلفة .

ما أصبح واضحا من قضية ليختل هو أن القواعد الوطنية التي تقيّد التعاقد مع المؤسسات الصحية في الدولة العضو حصريا قد أصبح من المحظور التعامل وفقا لها . ومع ذلك فشرط أن العلاج يجب تقديمه بواسطة مؤسسة مدرجة بما يسمى قائمة ”المنتجعات الصحية المسجلة“ لا يمنع بالضرورة الوصول إلى خدمات هذه المنتجعات في دولة عضو أخرى ، حيث إن المنطق وراء مثل هذا الإجراء هو ضمان أن صناديق التأمين الصحي تستطيع فحص ”جدية“ الخدمات التي تقدمها المنتجعات الصحية داخل

---

(43) Leichtle, para. 35.

البلاد وخارجها<sup>(44)</sup>.

ورغم ذلك لا تزال متطلبات التسجيل تمتلك تأثيرا معرقلا محتملا، يعتمد على موضوعية شروط التسجيل. وأخيرا، تعريف مفردات ما تخوله الخطة الصحية، إلى جانب كمية التمويل المخصصة لسداد النفقات، تحددها أريحية كل دولة عضو نفسها. وقد نتج ذلك عن غياب الكفاءات التي تستطيع صنع الانسجام على مستوى الجماعة الأوروبية في مجال الأمن الاجتماعي.

في قضية "كيلر"، واجهت المحكمة مسألة ما إذا كان من حق مواطني الاتحاد الأوروبي طلب (سداد نفقات) العلاج الطبي خارجه بناء على أحكام وقواعد الأمن الاجتماعي الأوروبي. وبشكل أكثر تخصصا، واجهت المحكمة سؤالا عما إذا كان الإذن المقترض الذي تمنحه السلطات الصحية الإسبانية (Insalud) لإجراء علاج طبي في دولة عضو (ألمانيا)، يجب أن يُفسر كموافقة على إجراء عملية جراحية، مطلوبة من منظور طبيعتها فائقة الدقة ومن وجهة نظر الخبرة التخصصية، لا يمكن إجراؤها إلا في عيادة خاصة بدولة غير عضو (سويسرا). في كلمات أخرى، سواء التزمت السلطات الصحية الإسبانية بالتشخيص واختيار العلاج الذي يقوم به الأطباء المسجلون لدى الهيئات الطبية الألمانية أم لا، وهكذا بالتالي سواء التزمت السلطات الإسبانية بتسديد نفقات علاج كيلر الذي قامت به العيادة السويسرية أم لا.

تشير المحكمة إلى أن الهدف من بند الأمن الاجتماعي القابل للتطبيق ووظيفته، هو المساعدة في تيسير الحركة الحرة للأفراد الذين يغطيهم التأمين الاجتماعي، وفي نفس المدى، بند الخدمات الطبية العابرة للحدود بين الدول الأعضاء على أساس المادة ٢٢ من اللائحة ١٤٠٨/٧١.

إنجاز الهدف المقصود يقوم على أساس المشاركة في تحمل المسؤوليات بين المؤسسة المنافسة (السلطات الصحية الإسبانية) ومؤسسة دولة الإقامة العضو (ألمانيا).

---

(44) Conclusion A-G Ruiz-Jarabo Colomer, Case C-8/02. ECR (2004), supra note 42, para 34.

ولما كانت السلطات الصحية الإسبانية مسئولة عن منح الإذن بتلقي الرعاية الصحية في الخارج ، فمسئولية الأطباء الألمان هي تقديم تلك الخدمات طبقا للقانون الألماني الساري . ينبع من تلك القاعدة التي تنص على المسؤوليات المشتركة ، في ارتباطها مع إجراءات الاتحاد الأوروبي المتعلقة بالاعتراف المتبادل بشهادات الدبلومة التي تشكل المؤهلات الرسمية لممارسي الطب ، التزام السلطات الصحية الإسبانية القبول والاعتراف بنتائج واختيارات العلاج الذي يقوم به هؤلاء الأطباء<sup>(45)</sup> . في هذه الحالة الخاصة ، أعطت السلطات الصحية الإسبانية الإذن لإجراء جراحة طبية في ألمانيا .

بناء على ذلك ، عند الموافقة على تلقي علاج طبي خارج إسبانيا ، يكون ذلك مقيدا بنتائج تنفيذ بضرورة علاج حيوي عاجل بناء على قرار أطباء حاصلين على ترخيص بذلك . وبالمثل ، تنقيد السلطات الصحية الإسبانية باختيار العلاج الذي يحدده هؤلاء الأطباء مع الأخذ في الاعتبار ظروف وجود مثل هذا العلاج العاجل فقط خارج الاتحاد الأوروبي .

في ظل هذه الظروف ، لم يكن مطلوبا من الأنسة كيلر الرجوع إلى السلطات المختصة في إسبانيا ، لتجري فحصا طبيا هناك ، ومادام اعتبر الأطباء الألمان أن حالتها الصحية تتطلب علاجا عاجلا . أكثر من ذلك ، طلب السلطات الصحية الإسبانية الموافقة المسبقة يعني تحقيقا لقاعدة المسؤولية المشتركة المبني عليها قانون الأمن الاجتماعي الأوروبي ومبدأ الاعتراف المتبادل بالمهارات الأكاديمية للأطباء<sup>(46)</sup> .

أما فيما يتعلق بشروط سداد النفقات المرتبطة بالعلاج الطبي في الدول غير الأعضاء ، فأشارت المحكمة إلى أحكامها السابقة التي استخلصت فيها ؛ أنه من حيث المبدأ يتمتع المؤمن عليه بالمنافع النوعية التي تقدمها الخدمات الصحية في بلد إقامة

---

(45) Keller, note 42, para. 50.

(46) Ibidem, para. 57.

العضو على حساب السلطات المختصة<sup>(٤٧)</sup>. وفي هذه القضية بعينها، يعني ذلك أن تكلفة العلاج التي تحملها (ورثة) كيلر يجب سدادها بواسطة السلطات الصحية الإسبانية طبقا لقواعد سداد التكلفة الألمانية. بفعل ذلك، المؤمن عليه الإسباني تلقى العلاج تحت نفس الشروط التي يخضع لها المواطنون داخل ألمانيا. بل ما يجب أن يكون واضحا هو أن العلاج الذي تم هو من بين المنافع التي توفرها تشريعات الدولة العضو المختصة، أي إسبانيا.

من الممكن إضافة قضية كيلر إلى سلسلة من الأحكام الصادرة عن محكمة العدل الأوروبية حول الرعاية الصحية في الخارج. والاختلاف مع الأحكام الأخرى هو أن كيلر طلبت (سداد نفقات) العلاج الطبي خارج الاتحاد الأوروبي، بينما الأحكام السابقة اهتمت بالرعاية الصحية في داخل وخارج دولة عضو أخرى. ما يعطي أهمية لهذه القضية هو التفسير الذي قدمته المحكمة لقانون الأمن الاجتماعي الأوروبي، وبشكل أكثر خصوصية معنى اللائحة ٧١/١٤٠٨ حول التعاون في الأمن الاجتماعي.

ورغم أن المدى الإقليمي لقانون الاتحاد محدود بنطاق الدول الأعضاء التي لا تستبعد تطبيقه عندما يتعلق الأمر بالخدمات المقدمة خارج الاتحاد الأوروبي. وهذا ما جعلت منه محكمة العدل الأوروبية جوهريا أمرا شديدا الجلاء. دخلت الحكومة الإسبانية في نزاع حول مثل هذا التفسير الواسع للقانون الأوروبي تحت دعوى أنه عند تقديم العلاج الطبي خارج الاتحاد الأوروبي، لا تعتمد نتائج الإجراء على تفسير قانون الاتحاد، ولكنها أمور متروكة حصريا للقانون الوطني<sup>(٤٨)</sup>. تجنبت المحكمة هذه الحجة بتقرير أن المعيار الحاسم لتطبيق الأحكام التنفيذية هو أن المؤمن عليه منضم لخطة أمن اجتماعي لدولة من الدول الأعضاء. وحيث إن الأنسة كيلر تنتسب للسلطات الصحية الإسبانية، لذلك فتطبيق قانون الاتحاد على حالتها لا يقبل الشك.

أكثر من ذلك، أسست المحكمة قرارها على قاعدة المسؤولية المشتركة بين الدولة

---

(47) Vanbraekel C-368/98, ECR (2001) I-5363, para 32.

(48) Keller, para. 37.

العضو الأم والدولة العضو مكان الإقامة. ثانياً، نتيجة لنظام الاعتراف المتبادل بالدبلومات الأكاديمية، يستطيع المرء تصور أن الأطباء الألمان مؤهلون ومسموح لهم بالتشخيص واختيار العلاج. وبافتراض تلك الكفاءة لا تمثل أي أهمية حقيقة أن الدولة التي انتقل إليها المريض ليست عضواً في الاتحاد الأوروبي.

وأخيراً، في قضية "واتس"، أكدت المحكمة تفسير "التأخير غير الضروري" كما أشير إليه في أحكام قضية "سميتز-بيربومز" وقضية "مولر-فوريه". ومن أجل تحديد ما إذا كان من الواجب الحصول على العلاج دون تأخير "غير ضروري" في الدولة العضو للسكن (المملكة المتحدة)، أصبح مطلوباً من المؤسسات المختصة ليس فقط أن تنظر في كل الظروف الخاصة بكل حالة، بما فيها الوضع الطبي للمريض، ودرجة الألم أو طبيعة العجز الذي يعانيه المريض، ولكن أيضاً يجب النظر في تاريخه المرضي. وبالمزيد، لا يمكن للمؤسسة المختصة أن تؤسس قرارها حصرياً على وجود قوائم انتظار للمرضى في هذا الإقليم دون أخذ الظروف النوعية في الحساب لحالة المريض الطبية. و فقط إذا ما كان وقت الانتظار الناشئ عن المستهدفات العامة للخطة الصحية لا يتجاوز زمن انتظار مقبول طبياً، يصبح من المسموح للمؤسسة المختصة أن ترفض منح الإذن. وفي الحالة المعاكسة، سوف تمنح المؤسسة المختصة إذناً بتلقي علاج المستشفيات خارج البلد على حساب نظام دولة الإقامة.

#### نتائج خطة التأمين الصحي الهولندي

ربما يتساءل المرء عما إذا كان قانون القضايا في المحكمة - خصوصاً - الحكم الأخير في قضية "كيلر"، لم يفتح "باب جهنم". هل ستكون النتيجة أن المرضى سيتخلون نهائياً عن نظام التأمين الصحي الاجتماعي ويفككونه، وقد امتلكوا الحق في البحث عن أحسن خدمات الرعاية الصحية في الخارج؟ الإجابة باختصار هي لا؛ لكن ورطة المخططات الصحية في هولندا - وفي باقي البلدان الأوروبية - تصبح ذات مغزى.

أولاً: أصبح من الواضح الآن أن الأنشطة الطبية تقع داخل مجال بنود معاهدة السوق الأوروبية حول الحركة الحرة للخدمات، حتى الخدمات الطبية التي تقدمها المستشفيات. وبناء عليه، لا يمكن استخدام قواعد وأحكام الأمن الاجتماعي الوطنية لاستبعاد تطبيق بنود الحركة الحرة<sup>(49)</sup>. وهذا ينطبق على مخططات التأمين، مثل تلك المخططات في هولندا، التي تقدم خدمات منافع نوعية، ولكنها تنطبق أيضاً على خدمات المستشفى التي يقدمها نظام الخدمات الصحية الوطني مثل ذلك القائم في المملكة المتحدة (قضية واتس). حاولت الحكومة البريطانية ولم تنجح في إعفاء النظام الوطني للخدمات الصحية من نطاق المادة ٥٠ من معاهدة السوق الأوروبية المشتركة؛ حيث إن هذا النظام يقدم الخدمات مباشرة ولا يقوم بتسديد نفقات تكلفة الخدمات المقدمة. ذكرت محكمة العدل الأوروبية "أن الخدمة الطبية لا تتوقف عند كونها تقديمًا لخدمات حين يُدفع مقابلها بنظام وطني لخدمات صحية أو بواسطة نظام يقدم منافع نوعية"<sup>(50)</sup>.

ثانياً: أوضحت المحكمة مرة أخرى في إحدى المرات أن قانون الاتحاد الأوروبي لا يدمر سلطة الدول الأعضاء في تنظيم أنظمتها للأمن الاجتماعي الخاص بكل منهم<sup>(51)</sup>. في غياب التناغم على مستوى الاتحاد الأوروبي، قد تمرر كل دولة عضو تشريعاً يمتلك به المواطنون أولاً حقاً أو إلزاماً بالتغطية التأمينية بمخطط أمن اجتماعي، وثانياً: يحدد شروط التمتع بهذه المنافع التأمينية<sup>(52)</sup>. وأكثر من ذلك، يمثل تضارباً مع قانون الاتحاد الأوروبي أن تقوم دولة عضو بوضع قائمة سلبية تستبعد فيها عدداً معيناً من المنتجات لا تقوم بتسديد نفقات تكلفتها، حتى تحقق من وجهة نظرها هدف تقليص التكلفة<sup>(53)</sup>. يلي ذلك أن قانون الاتحاد الأوروبي لا يستطيع من حيث المبدأ أن يكون له

(49) Smits/Peerbooms, para. 54.

(50) Müller-Fauré, para. 103, Watts, para. 89.

(51) Duphar and Others C-238/82 (1984) ECR I-523 para. 16 and Case C-158/96; Kohll, para. 17.

(52) E.g., Kohll para. 18.

في حالة هولندا، طبيعة ومدى الاستحقاقات يحددها مخطط التأمين الاجتماعي الأساسي، وهو قانون التأمين الصحي الجديد (arts. 10 and 112zv).

(53) Duphar and Others, para. 16.



تأثير يطالب دولة من الدول الأعضاء بأن توسع قائمة الخدمات الطبية لتضم خدمات جديدة يدفع مقابلها نظام التأمين الاجتماعي بها<sup>(٥٤)</sup>. ومع ذلك، يجب على الدولة العضو ألا تغض الطرف عن قانون الاتحاد الأوروبي أثناء ممارسة سلطتها<sup>(٥٥)</sup>. وذلك يعني -جوهريا- أن قائمة العلاجات الطبية التأمينية يجب أن توضع طبقا لمعايير موضوعية، معروفة مقدما، دون إشارة إلى منشأ الخدمة (عدم التمييز). في هولندا، لا يقوم نظام التأمين الصحي على أساس قائمة أجهزة سلفا لأنواع العلاج التي سيكون الدفع مقابلها مضمونا؛ بل إن قانون التأمين الصحي قد اختار "وصفا وظيفيا" للرعاية التي تغطيها حزم التأمين -أي الرعاية الطبية ورعاية الأسنان والرعاية الدوائية- ولما كان القانون يضع المتطلبات القانونية لما تشمله الاستحقاقات، فذلك يعود إلى مقدم الخدمة والصندوق التمويلي للتأمين اللذين يحددان نوع الرعاية المقدمة ومكانها. وبالمزيد، يسن التشريع قاعدة عامة تفيد بأن الرعاية المقدمة سوف تحددها أيضا "حالة علم الطب والممارسة الطبية"<sup>(٥٦)</sup>. هذا المعيار الجديد يحل محل "المعيار القياسي"، الذي كان مستخدما في ظل قانون التأمين الصحي الأسبق. بل إنه حتى في ظل نظام التأمين الصحي الجديد، يرجع الأمر بصورة كبيرة إلى تقدير صناديق التأمين الصحي لاتخاذ قرار أي نوع من أنواع العلاج سوف يلبي ذلك الشرط؛ ومع ذلك عند تطبيق هذا المعيار، يجب أن تفسر الصناديق التأمينية الآن المعيار على أرضية ما الذي قام علم الطب الدولي بتجربته واختباره بشكل كاف<sup>(٥٧)</sup>. وقد يعني ذلك أنه حيثما يجري العلم الدولي تجربة واختبار

(54) Smits/Peerbooms, para. 87.

(٥٥) ذلك يعني مثلا يجب عليهم احترام مبادئ المجتمع المحلي الأساسية، ومن ضمنها مبدأ عدم التمييز. (Ferlini v. Centre hospitalier de Luxembourg C-411/98 (2000), ECR I-8081) في هذه الحالة، أصدرت المحكمة حكما بأن تقديم طلبات بواسطة مجموعة من مقدمي الخدمة الصحية، وعلى أساس أحادي- من طرف واحد- إلى مسئولى الاتحاد الأوروبي يحددون فيها رسوما للرعاية الطبية ورعاية الأمومة بالمستشفيات وتكون هذه الأسعار أعلى من تلك المطبقة على المواطنين المقيمين والمساهمين في مخططات الأمن الاجتماعي الوطني، فإن ذلك يمثل تمييزا على أرضية المواطنة الممنوعة في ظل المادة 12 (1) EC في غياب مبررات موضوعية.

(٥٦) معيار "حالة علم الطب والممارسة الطبية" يتبع مبادئ الطب القائم على الدليل العلمي (EBM).

Besluit Zorgverzekeringswet artikel 2.1 sub 2, 28 June 2005.

(٥٧) هذا يعني على سبيل المثال، تضمين الأدلة من التجارب الإكلينيكية العشوائية والمقارنة (randomized)

علاج معين بشكل كافٍ ، لا يستطيع الصندوق التأميني رفض التصريح بهذا العلاج على أساس أنه لا يُقدم حاليا في هولندا . السبب الوحيد الذي يمكنه تبرير رفض إعطاء الإذن بهذا العلاج هو ”حيثما أمكن الحصول على علاج بنفس الفاعلية أو يساويها، دون أي تأخير لا مبرر له“ عند مقدم الخدمة المتعاقد مع التأمين ، بافتراض الحاجة إلى الحفاظ على استمرار تدفق رعاية المستشفى وضمان الاستقرار المالي لنظام التأمين الصحي<sup>(٥٨)</sup> . ويجب ملاحظة أنه عند تحديد إذا ما كان ”من الممكن الحصول على علاج بنفس الفاعلية أو ما يساويها، دون أي تأخير لا مبرر له“ ، فحقيقة أن الشخص موجود على قائمة انتظار لا تعني بالضرورة أن العلاج غير متوفر<sup>(٥٩)</sup> .

كذلك ، يجب تعريف ”تأخير لا مبرر له“ بأنه الفترة التي يصبح خلالها العلاج ضروريا فيما يتعلق بحالة المريض الطبية وتاريخه المرضي . وأكثر من ذلك ، هذه الدول الأعضاء مثل هولندا ، التي تستخدم ”المعيار القياسي“ في تحديد استحقاقات التغطية لن يكون مطلوبا منها السماح لمواطنيها بالحصول على العلاج في أي مستشفى ، وفي أي بلد من بلدان الاتحاد الأوروبي إذا لم يكن العلاج مقبولا في الدوائر الطبية الدولية ، وأيضا إذا لم يكن العلاج متوفرا بشكل كاف في البلد الأم (معيار الضرورة الطبية)<sup>(٦٠)</sup> .

ثالثا: من حق المرضى الآن البحث في الخارج عن الخدمات الصحية غير الخدمات التي تقدمها المستشفيات ، إذا ما كانت هذه الخدمات غير موجودة في البلد الأم ، أو إذا لم يكن من الممكن حصولهم عليها داخل بلادهم خلال فترة زمنية مناسبة (Müller-Fauré/Van Riet) . إلا أن المرء يجب أن يضع في حسابه أنه دون إذن مسبق ، لا تلتزم

---

(controlled) أي دراسات المرحلة الثالثة.

(58) Smits/Peerbooms, para. 103.

(٥٩) هنا، تشير محكمة الاستئناف المركزية إلى معايير قياسية، أي ما يسمى بـ ( Treek-normen )، الذي يحدد أقصى وقت انتظار مقبول لإجراء تدخل طبي نوعي. الفكرة الأساسية هي أن المستشفيات لأسباب تتعلق بالتخطيط والكفاءة، تحتاج إلى وقت انتظار معين (CRvB June 18, 2004, USZ). فاحد عشر شهرا كوقت انتظار من أجل إجراء عملية استبدال مفصل الفخذ لا يعتبر ”توقينا مناسباً“.

(60) CRvB 5 November 2003, USZ 2004/17; CRvB July 20, 2004 identical treatment timely available.

صناديق التأمين إلا بسداد النفقات كاملا، حتى أقصى مقدار من النقود مطبق في بلد الإقامة. لهذا السبب، لم تعتبر المحكمة أن إلغاء الشرط الإداري للإذن المسبق يصبح تهديدا خطيرا للتوازن المالي لنظام الأمن الاجتماعي، بما أن هذا النظام يجب أن يتحمل تكلفة العلاج في البلد الأم للمريض على أية حال. المرضى الذين يبحثون داخل الأم الأوروبية الأخرى عن أنواع الرعاية غير تلك التي تقدمها المستشفيات، دون إذن مسبق، يجب أن يتحملوا أي تكاليف إضافية تتجاوز مستوى التعريفات والرسوم المفروضة على تلك الخدمات داخل بلادهم نفسه.

رابعا: كما ذكرنا أعلاه، الاهتمام الجماهيري الأوسع في الحفاظ على نظام تأمين اجتماعي مستديم قد يكون مقبولا به كموانع مبررة تعوق حرية توفير خدمات طبية في سياق البنية التحتية للمستشفيات<sup>(61)</sup>. يتطلب الأمر من الدول الأعضاء أن تحدد ما إذا كانت قوانينها ولوائحها الوطنية في هذا المقام تستطيع أن تكون مبررة بشكل مشروع في ضوء مثل هذه الأسباب المترتبة. في تطابق مع السوابق القضائية المستقرة، من الضروري ضمان أنهم لا يتجاوزون ما هو ضروري موضوعيا لتحقيق هذا الغرض المعين وأن نفس النتيجة لن يمكن الحصول عليها بواسطة قواعد أقل صرامة. وكما تحدد في قضية "Müller-Fauré/Van Riet" وقضية "Watts"، هذه المتطلبات تنطبق بغض النظر عن نوع أو طبيعة نظام الرعاية الصحية (أي سواء كان نظام تأمين اجتماعي كما في هولندا أم نظام خدمات صحية وطنية كما في المملكة المتحدة)<sup>(62)</sup>.

خامسا: تترك أحكام محكمة العدل الأوروبية المتنوعة مسائل دون إجابات خصوصا مع العلم بأن الفروق بين الرعاية داخل المستشفى - إقامة المريض - والرعاية خارجها - عيادات خارجية - لم تكن دائما على هذه الدرجة من الوضوح<sup>(63)</sup>. على سبيل المثال،

---

(61) Kohl, para. 41; Müller-Fauré/Van Riet, para. 72.

(62) Müller-Fauré and Watts.

(63) كقاعدة عامة، قرر مجلس إدارة تأمين الرعاية الصحية (CVZ) أن رعاية المستشفى تشترط دخول وإقامة يوم واحد على الأقل بمنشأة المستشفى. Letter no 03/35, June 25, 2003.

ربما يتم تقديم بعض الخدمات الجراحية في مستشفى أو في عيادة خارجية. أكثر من ذلك، بعض أنواع الرعاية المعينة تقدم جزئياً فقط داخل المستشفى، أي علاج داخل المستشفى ممزوج بالتردد على عيادة خارجية. الخلاف حول طبيعة الرعاية المقدمة قد يثير شكوكاً قانونية بين المؤمن عليهم ويتسبب في زيادة اللجوء إلى التقاضي. من الضروري أن يدرك المرضى على نحو خاص إذا ما كانت الخدمات المقدمة يمكن تصنيفها كخدمات مستشفى أم لا. في مثل هذه الحالة إذا لم يحصل المريض على إذن مسبق قبل تلقي العلاج في دولة عضو أخرى، فمن ثم ربما يرفض التأمين الصحي سداد النفقات التي تكلفها المريض أو المريضة<sup>(٦٥)</sup>. أكدت محكمة العدل الأوروبية في حكم سابق الرابطة بين ضرورة وجود إذن مسبق ودخول المستشفى لتنتهي بأنه حينما يتضمن "علاج الألم متعدد التخصصات الذي يتصوره المدعي بالحق [...] دخولاً وإقامة بالمستشفى، فمن ثم يحتم ذلك حصول المريض على إذن مسبق"<sup>(٦٦)</sup>. وعلى النقيض، انتهت محكمة مقاطعة ماستريخت إلى أن نوعاً مخصصاً من العلاج الطبيعى، يتطلب إقامة بالمستشفى، يجب اعتباره نوعاً من أنواع رعاية المستشفى، ورغم أنه عموماً يندرج كنوع من الرعاية خارج المستشفى<sup>(٦٧)</sup>.

تظهر هذه الحالات المتعارضة أن السؤال الصعب فيما هي رعاية المستشفى (Hospital Care) ورعاية خارج المستشفى (out-patient care) هو سؤال حاسم لتحديد ما إذا كان الإذن المسبق مطلوباً وبالتالي هل سوف يسترد المريض النفقات التي تكبدها في علاجه الذي جرى في بلدة عضو أخرى أم لا. إلا أنه في بعض الحالات، ربما لا

---

(٦٤) وهو الرأي الذي اقترحه أيضاً المحامي العام كولومر في قضية سميتس/بيربومز، فقرة 61. مخاطر رفض استرداد هي أيضاً قائمة في حالة إذا ما كان علاجاً خارج المستشفى ومع ذلك هو يتطلب دخولاً وإقامة بالمستشفى، مثلاً، نتيجة لوجود مضاعفات طبية. في مثل هذه الحالة، مع غياب الإذن المسبق، لن تسترد تكلفة دخول وإقامة المستشفى إلى جانب العلاج الخارجى.

(65) Inizan v. Caisse Primaire d' Assurance Maladie des Hauts-de-Seine C-56/01(2003) E.C.R. I- 12403 at para. 55.

(66) Maastricht District Court, September 26, 2003, AL 3183, the Netherlands

تجدد رأيا عاما خطأ له قوة القانون (communis opinio) بين أرباب مهنة الطب حول ما إذا كانت الإقامة بالمستشفى لازمة أم لا. في تلك الحالة، قد يتعرض المرضى لقدر كبير من المخاطرة المالية إذا ما سعوا إلى اختيارات العلاج البديل في دول أعضاء أخرى دون إذن مسبق. مسألة الإقامة بالمستشفى، من الناحية المنطقية على الأقل، يجب أن تُفسر لمصلحة المريض - بالتعارض مع السلطات الوطنية-، بما يعني أن مكان العلاج الفعلي يجب أن يكون حاسما في تفسير إذا ما كان مطلوبا الإقامة بالمستشفى أم لا<sup>(٦٧)</sup>. أي تفسير آخر قد يخلق حافزا فاسدا لدى صناديق التأمين الصحي لتنظيم الرعاية خارج المستشفى في مجال المستشفيات لأسباب انتهازية صرف<sup>(٦٨)</sup>.

سادسا وأخيرا: بناء على التفسير المكثف للمحكمة لبند حركة المريض الوارد في حكم قضية "كيلر"، وفي الحالات الاستثنائية، من الممكن إجبار صناديق التأمين الصحي على إعادة سداد تكلفة العلاج المنظم في بلد خارج الاتحاد الأوروبي. إلا أنه، كحكم محكمة، العلاج المقدم يجب أن يعترف به قانون دولة الإقامة العضو.

ومجملا، فإن قرارات المحكمة في قضية حركة المريض ساهمت بشكل ملموس في تطوير مجموعة من حقوق الحصول على الرعاية الصحية، إلا أن المرء قد يتساءل إذا ما كانت المحكمة قد قطعت شوطا بعيدا في ميدان معركة الرعاية عابرة الحدود أم لا. وعلى النقيض من خبرة المارشال مونتجومري مع أكثر الكوارث درامية في الحرب العالمية الثانية، عملية ماركت جاردن عند جسر ارنهم نجحت المحكمة في تحقيق ثغرة في خطوط دفاع هولندا والبلدان الأوروبية العضو الأخرى للأمن الاجتماعي<sup>(٦٩)</sup>.

(٦٧) انظر أيضا:

G. Davies, "Health and Efficiency: Community Law and National Health Systems in the Light of Müller-Fauré," *Modern Law Review* 67, no. 1 (2004), p. 103

(٦٨) استخدمت المحكمة تفسيرا مماثلا - mutatis mutandis - في قضية "Vanbraekel"، ملحوظة 47، عندما حكمت بأن مستوى سداد نفقات خدمات المستشفى الأجنبي يجب أن تكون مساوية لنفقات إجراء نفس الخدمات في بلد الإقامة.

(٦٩) استهدفت عملية ماركت جاردن عبور جسر ارنهم، بالقرب من الحدود الألمانية، من أجل المسير إلى برلين.

بداية من الحكم الصادر في قضية "Decker and Kohll"، مزيد من السوابق القضائية وسعت من اختيارات المريض في تلقي الرعاية الصحية بالخارج وبسّطت من الشروط اللازمة لذلك، وفي نفس الوقت، أخذت في حسابها المصلحة العامة. وفي هذا المقام، لم تكن قضية "Watts" بالتحديد آخر المعارك في هذا الميدان. بتدعيم حقوق المرضى، لا يوجد جسر بعيد جدا. أكد الاقتراح الأخير للمفوضية أهمية دور محكمة العدل الأوروبية في قضايا حرية انتقال المريض في وضع اللوائح التنظيمية لحركة المريض في شكل إطار عمل توجيهي. ومع ذلك، نتيجة للاختلافات الداخلية بين أعضاء المفوضية والنقد الشديد الموجه من بعض أعضاء البرلمان الأوروبي، تم وضع الاقتراح الذي أثار الجدل على الرف. كان من المتوقع -بمفردات توافقية- أن يضع إطار العمل التوجيهي هذا قواعد واضحة على أساسها تتحمل المؤسسة مسئولية تغطية نفقات العلاج العابر للحدود وتضمن جودته.

### الاهتمامات القانونية الدولية

رغم أن قانون التأمين الصحي الجديد (Zorgverzekeringswet) قد استلهم - لحدود معينة- كلا من القانون الدولي والقانون الأوروبي، فقد شكك النقاد في انسجام هذا القانون مع قانون المعاهدات<sup>(70)</sup>. تركز الجدل إلى حد بعيد وبشكل أولي حول الدور الجديد لكيانات التأمين الصحي عند إدخال جرعة من التنافس في علاقة التأمين الصحي بقانون الاتحاد الأوروبي.

---

لسوء الحظ، تم إنزال جنود المظلات البريطانيين خلف خطوط العدو، ولم تستطع قوات الحلفاء تحريرهم لاحتلال الجيش الألماني هذا الجسر الذي يعبر نهر الراين. وألهمت هذه المعركة التاريخية صناعة الأفلام في هوليوود لينتجوا فيلما أسموه "A bridge too far".

(70) E.g., A. P. den Exter, "De Europese kwetsbaarheid van de Zorgverzekeringswet (EU legal implications of the new Health Insurance Act)," NJB, Dutch Law Journal 2 (2005), p. 87-93; see also, A. P. den Exter (ed.), Competitive Social Health Insurance; Yearbook 2004 (Rotterdam: Erasmus University Press, 2005); and: "De Zorgverzekeringswet en GATS: een controverse?" In E. Ten Napel en A. Hendriks (eds.), De veellagige rechtsorde (The Hague: Kluwer Law International, 2007), p. 95-106.

ومع ذلك قليل من الانتباه يتوجه للعواقب القانونية الدولية التي تنتج عن إدخال تدابير للمشاركة في التكلفة (cost-sharing)، مثل إجراء عدم المطالبة برد المبالغ المدفوعة (الذي تم سحبه فيما بعد) والمشاركة الإجبارية في الدفع. ورغم أن تدابير المشاركة في التكلفة قد تنجح في تحقيق الهدف لتخفيض التكلفة، ربما تنشأ عواقب خطيرة تضر ببعض شرائح المرضى، أي: مرضى الأمراض المزمنة، ومحدودي الدخل.

القاعدة تقول: إنه يجب تصميم إجراءات المشاركة في التكلفة (cost-sharing) بصورة تتجنب المصاعب التي تصاحبها، ولكن عند النظر في قدر المشاركة في الدفع (co-payment)، مع القدر المطروح من الاشتراكات الأولية الثابتة، هناك خطر جدي بأن تتجاوز التكاليف الكلية النسبة المعينة المحسوبة في قانون الأمن الاجتماعي الأوروبي -بعد مراجعته- ولذلك يحدث انتهاك لفقرة المعانة في المعاهدة<sup>(٧١)</sup>. بطريقة ما قد يعيد التاريخ نفسه مع الأخذ في الاعتبار أحكام محكمة الاستئناف المركزية التي تمنع المشاركة في الدفع بالنسبة لخدمات رعاية الأمومة<sup>(٧٢)</sup>.

من الممكن اعتبار فقرة المعانة معادلا للقانون الأوروبي لشرط "تجميد الوضع على ما هو عليه"، كما هو معروف في قانون المعاهدات الدولي. وقد تم تعريف فقرة "تجميد الوضع على ما هو عليه" في العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية

---

(٧١) في ظل فقرة المصاعب، تدابير المشاركة في تحمل النفقات محدودة بمستوى معين. في هذا المقام انظر القرارات الصادرة عن مجلس وزراء المجلس الأوروبي، التي تعتبر تدابير المشاركة في تحمل النفقات غير متوافقة مع القانون الأوروبي (الجزء الرابع):

See also, M. W. Wetters-Bronsgest. "Eigen bijdragen aan een zijden draadje? (Own payments by a threat, in Dutch)," Rechtspraak Zorgverzekering, RZA (2004), p. 979-980. يناظر القانون الأوروبي اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102، ولكنه يتنبأ بالمشاركة في الدفع (تعظيم مقدارها) ولكنه يتجنب المعانة. في هذا المقام، انظر أيضا الحكم (CRvB). ورغم إن هذا الحكم يضع في حسابه اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102 (سحبته الحكومة الهولندية توا)، فقد قرر في منطوقه أن المشاركة في الدفع هو انتهاك للقانون الأوروبي (الجزء الرابع).

والثقافية (ICESCR)، كالتالي: "أي إجراء يحمل تراجعا مقصودا يجب أن يكون محل نظر، بأقصى قدر من الحرص ويجب أن يكون مبررا بالكامل بواسطة الرجوع إلى المجموع الكلي للحقوق التي يمنحها العهد وفي سياق الاستخدام الكامل لأقصى الموارد المتاحة".<sup>(٧٣)</sup> ورغم أن فقرة "تجميد الوضع" ليست مطلقة، يفسرها حزب الدولة كالتالي، "هناك افتراض قوي بحظر أي إجراء تراجعي"<sup>(٧٤)</sup>. وفي هذا المقام أيضا، الإجراء التراجعي هو ترتيب ما مثل المشاركة في الدفع، ويصبح محل تساؤل شديد، ومن الممكن فقط تبريره بوسائل مثل تقديم "إعفاءات الرعاية الصحية" في نفس التوقيت مع قانون التأمين الصحي الهولندي الجديد (Zorgverzekeringswet).<sup>(٧٥)</sup> ولكن في حالة إذا ما كانت مثل هذه المنحة تبدو غير كافية، ويعرقل العبء المالي فعالية الحماية الطبية للأشخاص الأكثر عرضة للخطر، يصحو الحظر المفروض على تدابير المشاركة في تحمل التكلفة من جديد، لأن ذلك يجسد انتهاكا لجوهر التزام المعاهدة.<sup>(٧٦)</sup> سواء قبلت أو لم تقبل السلطات القضائية منطق المعاناة أو تجميد الوضع على مثل هذه الصورة فذلك أمر سوف نراه. قبل كل شيء، يتطلب الأمر دليلا قويا على الآثار التراجعية للقانون الجديد.

(73) UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment no. 3, at 9. The nature of State parties obligations, Art. 2(1) UN Doc. E/1991/23 Fifth session, 1990.

(74) General Comment no. 14. The right to the highest attainable standard of health (Art. 12, par. 1), UN Doc. E/C12/2000/4 (Twenty second session, 2000): at 32.

(٧٥) في ظل نظام التأمين الصحي الجديد، يدفع المؤمن عليه اشتراكا تأمينيا اسميا لشركة التأمين. وحتى نحافظ على نظام التأمين الصحي مقبولا ماليا، ومن الممكن تحميله ماليا بالنسبة للجميع، تقرر منح نسبة "خصم للرعاية الصحية". ولكن تلك الخصم لا يعوض تكلفة الاشتراك الأولى كليا.

(٧٦) Concluding Observations Iraq UN Doc. E/1998/22, at 253. في هذه الوثيقة خلصت لجنة الأمم المتحدة إلى أن العقوبات الاقتصادية المفروضة بواسطة الأمم المتحدة على العراق لا تبرر فرض تدابير ارتجاعية ضد التزام العراق نحو المعاهدة لضمان وصول الطعام والدواء إلى مستحقه. ورغم أن فقرة "تجميد الوضع" ليست مطلقة انظر: M. M. Sepúlveda Carmona, "The Obligations of the State under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights." (Utrecht University diss., 2002), p. 348-349



## ملاحظات ختامية

من الواضح أن القانون الدولي شامل قانون الاتحاد الأوروبي ، ويمتلك نفوذا ذا شأن على ضمان الوصول إلى الرعاية الصحية في هولندا . تضع الأعراف القانونية الدولية إطار المفاهيم لمضمون الحق في الرعاية الصحية ، في حين تؤكد السلطة القضائية سلطة التنفيذ الجبرية لمثل هذا الحق بمعايير استحقاقات المنافع . وأكثر من ذلك ، محكمة العدل الأوروبية ، بأحكامها في حق انتقال وحركة المريض قد وسعت معنى مثل هذا الحق ، في هولندا وفي الخارج .

إلا أن هناك أسبابا أخرى تجعلنا نهتم . حق الوصول إلى الرعاية الصحية ، وهو في هولندا معناه عموما الحق في الأمن الاجتماعي ، يقوم على أساس مفهوم التضامن والمساواة . إدخال تدابير المشاركة في التكلفة ، مع قانون التأمين الصحي الجديد ، وهي التدابير التي قد تؤثر على الأشخاص الأكثر عرضة للخطر بشكل غير متناسب ، وهو تغيير ينشأ نحو فكرة أكثر تقييدا للتضامن . ورغم ادعاء الحكومة أن قانون التأمين الصحي الجديد لا يبدل من طبيعة مخطط التأمين الصحي الاجتماعي ، طبيعة سوق التأمين ومقدمي الخدمة التنافسية والباحثة عن الربح ، أو ازدياد عناصر الرأسمال -أي ، المشاركة في الدفع ، اعتبارات حسابات الادخار للرعاية الطبية ، ... إلخ- بينما الشواهد تدل على شيء آخر .

يعكس ذلك انحرافا تدريجيا من التأمين الاجتماعي نحو تأمين أكثر مباشرة يبدو من الصعب مقارنته بمفهوم التضامن ، على الأقل بمعايير القانون الدولي والأوروبي . زيادة التحول الليبرالي لسوق الصحة (التأمين) يتحدى استقلال البلاد الذاتي لتحديد الاستحقاقات ، إضافة إلى وضع الشروط التي تقيد القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية . والإشارة ببساطة إلى الفقرة التي نتحدث عن الاستقرار المالي لن تكون كافية لإقناع السلطات القضائية بأهمية التدابير المقيدة لقدرة الوصول إلى الرعاية الصحية . والأمر هكذا ، يتحدى قانون المعاهدات الدولي الاستدامة المستقبلية للنظام وذلك ، للمفارقة ، قد يؤدي إلى تخفيض نفقات الاستحقاقات كما رأينا في هولندا .



## الفصل الرابع

# التضامن والحقوق والرفاهة الاجتماعية في نظام الخدمات الصحية الوطني (NHS): مقاومة مد أخلاقيات علم الأحياء

كريستوفر نيودايك (Christopher Newdick)

تمنح الرعاية الصحية فرصة طيبة لمناقشة فكرة التضامن . نعرف أن للتضامن علاقة بترقية المصالح الجماعية<sup>(١)</sup>، لكن كيف يؤثر مفهوم التضامن على الحقوق الفردية للرفاهة؟ يمتزج عدد من العوامل لجعل من النقاش المستديم حول التضامن نقاشا عسيراً . أولاً: تميل النظرية القانونية الحديثة لتسليط الضوء على حقوق الفرد، أكثر من حاجيات المجتمع .

يشدد رول ونوزيك ودوركين (Rawls, Nozick and Dworkin) كلهم على الاستقلال الذاتي للفرد "في تعارضه" مع الدولة للدرجة التي تقول عنها هلا هارت (H.L.A Hart): لقد تحركنا بعيداً عن الإيمان بالمصالح "العامة" إلى عقيدة تنادي بأنه "يجب أن تكمن الحقيقة مع مذهب حقوق الإنسان الأساسية، ومع حماية الحريات الأساسية النوعية ومع مصالح الأفراد"<sup>(٢)</sup>. ثانياً: أثناء نظر المحاكم في القضايا، على الأرجح تميل عملية التقاضي نفسها إلى دفع القضاة إلى الاستجابة إلى احتياجات الأفراد. يثير جلاء وقوة دعاوى الأفراد بشكل مفهوم تعاطف القضاة بشكل أكثر فعالية من

(١) التعليم والبيئة على درجة من الأهمية في ذلك المقام. انظر عموماً:

Citizenship and Social Class (Cambridge University Press, 1950), and, in, T.H Marshall Choices in Health Care (Government Committee on Choices in Health Care, health care The Netherlands, 1992) and Priorities in Health Care (Final Report of the, Zoetermeer Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995).

(2) H.L.A. Hart, "Between Utility and Rights", in A. Ryan (ed), The Idea of Freedom (Oxford: Oxford

:University Press, 1979), p. 77, quoted in M. Sandel, Liberalism and its Critics (New York: New York University Press, 1992), p. 4-5.

الدعاوى الأكثر عمقا التي تقوم على أساس مصلحة "المجتمع".<sup>(٣)</sup>. ثار هذا الاهتمام خاصة في تشريع محكمة العدل الأوروبية الأخير ، وهو ما سوف نعود إليه في الخاتمة.

أيضا غالبا ما يتحدث "الجدل السياسي" للرعاية الصحية -خصوصا في نظام الخدمات الصحية الوطنية- عن المرضى "كمستهلكين" ذوي حقوق فردية لاختيار أين ومتى يدخلون المستشفى<sup>(٤)</sup>. في مناخ يشجع المريض على التفكير في الصحة وحقوق المستهلك بوصفهما أمرا واحدا ، لن نندهش أن نجد صعوبة في صياغة مفاهيم مثل المجتمع المحلي ، والمواطنة والثقة الاجتماعية. إلا أنه من المهم أن نفعل ذلك . تفرض الموارد العامة المحدودة قيودا تجعل من رؤية حقوق الرعاية الصحية بطريقة "فردوية" شاملة (wholly individualistic) موقفا لا يمكن الدفاع عنه .

الحديث عن الحقوق بوصفها "ورقة اللعب الرابعة"<sup>(٥)</sup>، التي لا يمكن "حتى لرفاهة المجتمع ككل أن تطغى عليها"<sup>(٦)</sup>، تصبح غير مصدقة فيما يتعلق بالحقوق الاجتماعية الاقتصادية مثل حقوق رعاية الصحة العامة . ومثل هذه الرؤية تفشل في التعرف على الطبيعة متعددة الأقطاب للقضايا التي يتم فيها دفع مقابل حق "بيتر" في الرعاية فقط خصما من حساب "باولا". وكما قال "بيلجرينو":

تركز لغة الحقوق في الأغلب الأعم على الحقوق السلبية للحرية من القهر والإرغام ولا تركز بشكل كاف على الالتزامات والواجبات . نظرا لحالة

(٣) انظر مثلا:

R (Watts) v Bedfordshire PCT Case (2006) ECJ, C-372/04 (discussed below), Minister of Health v Treatment Action Campaign (No 2) 2002 (5) SA 721 (South Africa), Chaoulli v AG of Quebec and AG of Canada (2005) SCC 35 (Canada), R v Secretary of State for the Home ex p Limbuela [2005] UKHL 66 (England, an asylum seeker case)., Department

(٤) قدم وكلاء الوزارة المتعاقبون مطالب لا يستطيع نظام الخدمات الصحية الوطني دعمها باستمرار. انظر التعليقات الحاسمة التي قام بها البروفيسور سير إيان كينيدي في:

Learning from Bristol: The Report of the Public Inquiry into Children's Heart Surgery at the Bristol Royal Infirmary, 1984-95 (Cm. 5207, 2001) p. 57, at para. 31

(5) R. Dworkin, Taking Rights Seriously (London: Duckworth, 1978), ch. 4 and 364.

(6) J. Rawls, A Theory of Justice (Oxford: Oxford University Press, 1971), p. 3.

الضعف وحالة الاعتماد على الغير التي يكون عليها الشخص المريض ،  
فليس ما يخشاه المريض هو التطفل ولكن ما يخشاه هو تخلي بني البشر  
عنه وتركه لمصيره . ونتيجة لذلك هناك اهتمام متنام بمفاهيم العدالة  
المجتمعية والمنفعة العامة<sup>(7)</sup>.

تثير كل أنظمة الرفاهة الاجتماعية اهتمامات المجتمع المحلي التي يتحول فيها كل  
ردود الفعل الفردية إلى استجابات غير ملائمة . تلك هي مشكلة التضامن .

كيف يجب أن نفهم "الحقوق" في هذا المناخ؟ رغم أن رولز - على المستوى  
النظري - تصور أن الأفراد يتجمعون معاً لصنع عقد اجتماعي خلف "ستار من  
الجهل"<sup>(8)</sup>، إلا أنه دون قدر قليل من بعض الفهم لما هو عليه "المجتمع المحلي" ، من  
الصعب تصور كيف سوف تستمر المفاوضات . قد يفكر الأفراد ملياً في صورة دولة  
معتدلة أشبه "بحارس عقار ليلي" ، يحافظ عليهم ويحميهم من أرواح أخرى مستهترة  
وفظة ووحشية وقصيرة<sup>(9)</sup>، لكن أن تقترح أن هؤلاء الأفراد من خلف الستار سوف  
يناقشون نظاماً للرفاهة الاجتماعية فذلك وهم من الخيال<sup>(10)</sup> . العديد من الحقوق الليبرالية  
التي نتعامل معها كأمر مسلم به تكتسب معناها فقط في سياق المجتمع . والأكثر جدارة  
- على سبيل المثال - ملاحظات ساندل<sup>(11)</sup> وايتزيوني<sup>(12)</sup> ، اللذين شجدا على الحاجة إلى  
وضع مناقشة الحقوق في سياق قيم الجمهور وأن تفكر في الأفراد بمعايير الأخلاقيات  
المجتمعية . الإدارة الذاتية وفكرة الحقوق "في معارضة" فكرة الدولة - كما قال - تقدم

---

(7) E. Pellegrino, "The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from Professional to a Market Ethics," (1999) 24 J Medicine and Philosophy 243, p. 258.

(8) Rawls, ibid., p. 136-42.

(9) R. Nozick, Anarchy, State and Utopia (Oxford: Blackwell, 1994).

(10) M. Sandel, Liberalism and the Limits of Justice (Cambridge University Press, 2nd ed, 1998), p. 24-28.

(11) M. Sandel, Liberalism and its Critics (New York University Press, 1984).

(12) A Etzioni, The New Golden Rule - Community and Morality in a Democratic Society (New York: Profile Books, 1997).

تحليلاً ناقصاً للحقوق في المجتمع؛ فالمجتمع المحلي هو كل متكامل بالنسبة لشخصياتنا، ولل فردية وللقدرة على الازدهار. والعائلة والتاريخ واللغة والجنس والدين والقومية والتعليم والعمل. ويؤثر كل ذلك على إدراكنا ووعينا لأنفسنا. ومفهوم الإدارة الذاتية الذي يفشل في التوفيق بين كل هذه القوى يقدم رؤية مشوهة واصطناعية للناس في المجتمع. وكما قال السير جون لوز، أن نعرّف الإدارة الذاتية بمفردات الحقوق فقط هو خطأ فادح. أو أن نفعل ذلك:

يعني أننا ننكر الفضيلة المشتركة لدى البشر. ولو أن السمة المنهجية للفلسفة الاجتماعية السائدة أصبحت على هذه الشاكلة، فذلك يدعو إلى ظهور مجتمع من الأفراد الأنانيين، ولذلك فهو ليس مجتمعاً. المجتمع الذي يرجع بتعريف قيمه إلى الحقوق الفردية هو مجتمع سلب القوة فعلياً بسبب هذه الحقيقة نفسها. فتقافته لا تقول شيئاً عن واجب الفرد... ولذلك هي لا تقول شيئاً عن واجب المجتمع.<sup>(13)</sup>

وبشكل مساو، رغم أن وايتزيوني وساندل وآخرين قاموا بتطوير صورة جذابة عن "القيم" المجتمعية، من الصعب اعتبار أفكارهم "مبادئ" أخلاقية عملية ومقنعة. وهذا يطرح أيضاً صعوبة أخرى في طريق مفهوم التضامن.

ومنذ زمان الفيلسوف كانط، ركزنا اهتمامنا حول الحقوق الفردية في المجتمع وجاذبية، مثل هذا المفهوم من السهل الإمساك بها. الحرية والإدارة الذاتية والحق في تقرير المصير مفاهيم قوية ومقنعة. وأيضاً يقدم لنا التاريخ قدراً كافياً من التحذير ضد مخاطر الدولة القهرية والشمولية التي تدمر الفرد؛ أو المجتمعات التي تهمل وتهمل ببساطة جماعات الأقلية.<sup>(14)</sup>

وعلى الجانب الآخر، فالتضامن يمثل مفهوماً متلوّناً كالحرباء، بمعانٍ مختلفة<sup>(15)</sup>. وتمثل طبيعة المفهوم غير الدقيقة عقبة أخرى. فكيف تستطيع المصالح المدنية

(13) Sir John Laws, "The Constitution: Morals and Rights", Public Law, (1996), p. 622, 624.

(14) W. Kymlicka, Liberalism, Community and Culture (Oxford University Press, 1991).

(15) S. Stjerne, Solidarity in Europe: The History of an Idea (Cambridge University Press, 2005).

والمصالح الجمهورية أيضا حماية الفرد وجماعات الأقلية من الاضطهاد، أو الإهمال؟ حذر ايسايا برلين من استخدام المفاهيم "المجتمعية" للحرية لتحطيم الفرد<sup>(١٦)</sup>. كيف نستطيع التعرف على حالة الفرد دون تجاهل احتياجنا إلى مجتمع؟

ما يلي يحقق توازناً بين القيم الفردية والقيم المجتمعية والمنطق القائل بأن التطبيق غير الحاسم "لأخلاقيات علم الأحياء"<sup>(١٧)</sup> من منظور المذهب الفردي في الرعاية الصحية يضعف القيم العامة التي نأخذها كأمر مسلم به، ويجعلها تذوب. يجب مقاومة الدعوات الموجهة للمحاكم لتشارك بشكل أكثر نشاطا التخصيص الحقيقي للموارد العامة المحدودة<sup>(١٨)</sup>. في حدود خبرتي، يميل النقاش إلى أن يتركز أكثر حول نظام الخدمات الصحية القومية، ولكنني أتعشم أن يتم تطبيق التحليل بشكل أكثر عمومية. هذا التحليل يضع مفهوم التضامن في إطار حقوقي عن طريق مناقشة (أ) الفرق بين حقوق الفرد وحقوق الجماعة و(ب) المدى الذي نتعرف خلاله على هذا الفرق في اللوائح المنظمة للخدمات الصحية القومية (NHS).

### التمييز بين حقوق الفرد وحقوق الجماعة

كيف يمكن "للحقوق" أن تؤخذ وتنفذ بطرق تعترف بمصالح الفرد ومصالح الجماعة؟ ما يلي سوف يفك ألغاز طبيعة "حقوق" الرعاية الصحية من أجل إضاءة العهود المقطوعة وتنفيذ الاعتبارات المتخيلة في أذهاننا. نحن نميز بين (١) طبيعة الحقوق و(٢) التنفيذ الجبري للحقوق.

(١٦) انظر:

I. Berlin, *Four Essays on Liberty* (Oxford: Oxford University Press, 1979).

يميز دوركين بين المبادئ والسياسة العامة وهو رد فعل مماثل ضد مذهب النفعية من أجل ترقية المصالح العامة. انظر: Dworkin, above, at p. 90

(\*) Individualistic Bioethics

(١٧) بالنسبة إلى القضية محل الاهتمام، انظر مثلاً:

G. Van Bueren, "Including the Excluded: The Case for An Economic, Social and Cultural Rights Act," *Public Law* (2002), p. 456 and N. Jheelan, "The Enforceability of Socio-Economic Rights," 2 *EHRLR* (2007), p. 146.

## طبيعة الحقوق

### حقوق خاصة أم عامة ؟

تخاطب قضية التمييز بين الحقوق العامة والحقوق الخاصة قضية أصل الحق . تتوالد الحقوق الخاصة بين الأفراد (شاملين المؤسسات الخاصة والكبرى) . على سبيل المثال ، قد يخضع الأفراد الخاصون باختيارهم الحر لالتزامات تعاقدية مهما كان شكلها - وهذا الأمر يرجع إلى وضع الأفراد القانوني- وينفذون حقوقهم لمصلحتهم الخاصة دون أي مرجعية للمصلحة العامة . الحقوق العامة تنشأ بين وضد السلطات العامة بفضل استحقاقات تخلقها الدولة من أجل ترقية مصالح الجماعة عن طريق الرفاهة والمنافع الأخرى . تخضع السلطات العامة غالبا لواجبات قانونية نوعية ، تشمل واجب عدم تجاوز ميزانية محدودة ، إلا أنها تمتلك الحرية في زيادة العائد . وطبقا لذلك ، الحق المدعوبه أمام الهيئات العامة يختلف عن تلك الحقوق الناشئة داخل الاتفاقيات الفردية ، وربما يتطلب الأمر أن نختار بين الاحتياجات المتنافسة اختيارات قاسية . بالطبع ، ربما تتحدد مقادير حقوق بعض المنافع القانونية طبقا لشرائح دقيقة -مثل منافع البطالة أو المعاشات القانونية- ولكن مثل هذه الحسابات الصارمة نادرا ما تكون ممكنة في مجال الرعاية الصحية . في نظام الخدمات الصحية (NHS) ، مثلا ، يجب على وكيل الوزارة أن "يستمر في ترقية خدمات صحية شاملة"<sup>(١٨)</sup> ، وهو الواجب المفوض للسلطات الصحية المحلية أن تقوم به<sup>(١٩)</sup> ، والتي بدورها مرتبطة بواجب ألا تتجاوز مخصصاتها المالية السنوية<sup>(٢٠)</sup> . وهكذا ، داخل هذا الإطار ، تخلق خدمات الرعاية الصحية القومية حقوقا "عامة" تنشأ بفضل الالتزام القانوني للاحتفاظ بالتمويل لخدمة غرض معين . وتصبح طبيعة الفروق ومداها بين الحق "الخاص" والحق "العام" أكثر وضوحا كلما قمنا بتحليل عواقب هذا التمييز .

(١٨) S 1, National Health Service Act 2006 . القانون الجديد يشرع واجبا قانونيا أدخل أول مرة في عام 1948 .

(١٩) تسمى حاليا هيئات الرعاية الأولية (PCTs) ، رغم أنها أيضا مسؤولة عن التعاقد مع مستوى الرعاية الصحية الثاني .

(20) S 229, National Health Service Act 2006 and R v NW Lancashire HA v A, D & G, 53 BMLR (2000), p. 148.



## حقوق إيجابية أم سلبية؟

تشير الحقوق العامة/الخاصة تمييزاً آخر بين الحقوق السلبية والحقوق الإيجابية. تتعلق الحقوق السلبية جوهرياً بحماية الأفراد من التطفل. وتقرض الحقوق الإيجابية واجباً لتقديم البضائع أو الخدمات. وكلاهما قد ينشأ داخل سياق قطاع خاص أو عام<sup>(٢١)</sup>.

على سبيل المثال، في السياق "الخاص"، تتضمن العديد من الاتفاقات التجارية واجب توريد بضائع وخدمات للطرف الآخر وربما تتصف بكونها حقوقاً خاصة-إيجابية. عقود التأمين الصحي الخاص هي مثال على ذلك، من خلالها يستطيع المرضى السعي للحصول على أكثر ما يستطيعونه من جهة التأمين - وهذا يخضع لشروط الاتفاق - دون الاهتمام بالآخرين أصحاب الدعاوى المعاكسة. وعلى العكس، الاتفاقية التي تملك حقوقاً تجارية فردية دون منافسة من شخص آخر، أو من مالك تمنح تمتعاً هادئاً إجبارياً للمرافق، قد تتضمن حقوقاً "سلبية-خاصة". ولأن للأطراف الحق في تنفيذ العقود طبقاً لشروطها بغض النظر عن المصالح العامة، يجذب التمييز بين السلبي والإيجابي قليل من الانتباه في القانون الخاص. ومع ذلك، في مجال "السلطات العامة"، التمييز هو أمر حاسم.

تفرض الحقوق "العامة-السلبية" على السلطات العامة واجب "أن تتركها بمفردها"<sup>(٢٢)</sup>. وهكذا على سبيل المثال، يقع العديد من الحقوق المتضمنة في الاتفاقية

---

(٢١) هذا التمييز محل نزاع. يدافع البعض بمنطق أن الحقوق الإيجابية هي أمر "سياسي" بشكل موروث وتتجاوز كثرات القضاة، بينما هناك منطق آخر يقول إن هذا التمييز لا يمكن الدفاع عنه في الممارسة العملية. قارن مثلاً بين:

C. Fried, *Right and Wrong* (Cambridge Mass: Harvard University Press, 1978) with R. Plant, "Citizenship and Rights," in D. Milligan and W. Watts Miller (eds), *Liberalism, Citizenship and Autonomy* (Avebury: Aldershot, 1992).

أرى أن الحقوق الإيجابية هي حقوق قابلة للتنفيذ الجبري، لكن بوسائل "إجرائية" أكثر من كونها ادعاءات ملموسة، انظر أدناه.

(٢٢) طبعاً، ويحكم التعريف، كل الأنظمة القائمة على أساس حقوقي تفترض التقاضي والحاجة إلى تواجد موارد لإدارة هذا التقاضي. فعلياً، ربما تفرض الحقوق السلبية واجبات إيجابية على الحكومة لحماية الأفراد الذين تتعرض حقوقهم للخطر. انظر:

and *Pretty v 23. Venables and Thompson v News Group Newspapers* (2001) 1 All ER 908 United Kingdom 35 EHRR 1, para 50

الأوروبية حول حقوق الإنسان في هذه الشريحة؛ أي الحق في حرية الكلام وحرية العقيدة وحرية الاجتماع والحياة العائلية والحياة الخاصة، كل ذلك يتطلب من الدولة "الإحجام" عن التدخل في شئون الأفراد<sup>(٢٣)</sup> وهو ما يشار إليه غالبا بوصفه الحقوق المدنية والسياسية.

قارن الحقوق ذات هذه الطبيعة بالحقوق العامة "الإيجابية" في تلقي منافع الرفاهة الاجتماعية والتعليم والرعاية الصحية. ورغم أن التمييز فيما بينهما أبعد ما يكون عن صورة بالأبيض والأسود<sup>(٢٤)</sup>، هناك اختلاف مفاهيمي واضح بين حقوق أن يدعوك وحدك، وحقوق المنافع الاقتصادية من طرف آخر ولكن منها ما يتم تنفيذه جبريا بطرق مختلفة. ولو تركنا جانبا قضية تنفيذ هذه الحقوق جبريا، حقوقي في الحرية من الامتهان والمعاملة غير الإنسانية، أو مراجعة قانونية اعتقالي بواسطة المحكمة لا يعتمد على الموارد المتوافرة للحكومة<sup>(٢٥)</sup>. لكن حقي في الحصول على الخدمات الصحية الوطنية يتأثر بعمق بقضايا تمويل نظام الخدمات الصحية الوطني والمدى الذي تعتمد فيه على تنوعات من العوامل الاقتصادية والسياسية التي تبلغ ذروتها في السياسات التنفيذية الخاضعة لفحص وتمحيص البرلمان<sup>(٢٦)</sup>.

### الحرية أم المساواة؟

دعنا الآن نسأل: ما هو الهدف من إعمال الحق الذي تسعى إليه؟ ترتقي "الحرية" بحقوق ربما لا تساعد على تطبيق مبدأ "المساواة". لكن ربما يفرض تحقيق "المساواة"

(٢٣) مثلا انظر: Pretty v United Kingdom 35 EHRR 1, para 50

(24) R. Plant, Modern Political Thought (Oxford: Blackwell, 1991), p. 269 and S. Fredman, "Human Rights Transformed: Positive Duties and Positive Rights," Public Law, (2006), p. 498.

(٢٥) أي إن الحقوق المانية لمرضى الصحة العقلية في مراجعة محكمة عليا مستقلة يتم تطبيقها جبرا بغض النظر عن الموارد المتاحة للحكومة. انظر: R (on the application of KB) v MHRT and Secretary of State for Health [2002] EWHC 639

(٢٦) انظر Laws, ibid, p. 622, 629، "... سوف يكون هناك دائما اختيارات صعبة... هناك منطقة تقع فيها المسؤولية الدستورية على كاهل سبسينا المنتخبين. إنه ليس ميدان القضاة... في علاقه بالحقوق الإيجابية، يتبوا البرلمان بالضرورة المكانة الأعلى".

قيودا تعرقل ظهور الاختلافات بين الأفراد. ويحمل الهدفان قيمة كبيرة. كيف يجب علينا دمج الهدفين في مفهوم للحقوق؟ حريتي في أن أحقق ثروة من أعمالتي التجارية ومن أجل أن يفوق دخلي ذلك بمراحل بعيدة تحميها حقوقي الخاصة - سواء سلبية أم إيجابية - في أن أجمع المال. والمساواة ليست اعتبارا مهيمنا. من زاوية تقبل الأخذ والرد، نفس الشيء هو القضية المتعلقة بالحقوق "العامة - السلبية". فحقي في حرية الكلام والعقيدة لا يعتمد على ممارسة الآخرين لحقوقهم بشكل يساويني - رغم أن الآخرين يطالبون بنفس القدر على فعل ذلك - لا توجد حدود لمثل هذه الحريات التي تقاس طبقا لمصلحة الآخرين المتساوية.

وعلى النقيض، تثير الحقوق "العامة - الإيجابية" وجهات نظر مختلفة. تكمن المساواة في القدرة على الوصول إلى الأشياء في قلب حقي في الرعاية الصحية العمومية، والرفاهة الاجتماعية والتعليم. ورغم صعوبة تحقيق هذا الهدف غالبا، تفترض الحقوق في منافع الضمان الاجتماعي العامة مسبقا أن إتاحة هذه الخدمات سوف تميل إلى تخفيض التفاوت بين قدرات الناس. في المملكة المتحدة، على سبيل المثال، يثور قلق من اختلاف مستويات الصحة بين منطقة وأخرى. بالطبع، المسألة ليست بسيطة. ما نوع المساواة المطلوب في هذا السياق؛ من ناحية "المدخلات" - أي التمويل بالنسبة لكل فرد - أو من ناحية "المخرجات" - أي أن يتحقق للفرد نفس المستوى من الصحة - وتتعدد المشكلة أكثر بمساهمة التعليم ونوع المسكن في تحقيق المستويات القياسية للصحة العامة.

هذا الأمر يمكننا من تقدير الاختلاف بين المفهوم الفردي (individualistic) والجماعي (communitarian) للحقوق. وعلى النقيض من الأفكار التقليدية للحقوق السلبية، شأن نظم الرعاية الصحية الممولة من المال العام هو ترقية الحقوق "العامة - الإيجابية" التي يصبح هدفها المهم هو تخفيض المظالم والتفاوت في النظام.

## التفويض الجبري للحقوق

الآن دعنا نتناول الأسلوب الذي تنفذ به الحقوق ، ومرة أخرى نميز بين اهتمامات النظرية الفردية واهتمامات النظرية الجماعية.

### حقوق واقعية أم إجرائية؟

قد تعنى الحقوق منافع "واقعية" أو منافع "إجرائية". تعطي المنافع الواقعية للفرد الحق في المطالبة بالوصول إلى الحق ذاته. وغالبا سوف تحيل الحقوق "الخاصة" تلك المنافع الواقعية إلى أطراف التعاقد، قل مثلاً، تنشأ هذه الحقوق من العقد التجاري. وعلى سبيل المثال، الحق في الحصول على بضائع، أو خدمات متفق عليها -أو تعويضات في حالة الإخلال بشروط العقد- وكما يتعلق الأمر أيضا بالحقوق "العامة السلبية". تفرض العديد من الحقوق الناشئة من العقد الأوروبي لحقوق الإنسان واجبات على السلطات العامة لاحترام الحقوق "الواقعية" للأفراد وتلك الحقوق من الممكن تنفيذها جبريا بواسطة المحاكم<sup>(٢٧)</sup>.

إلى أي مدى تنطبق هذه المقاربة للحقوق على الحقوق "العامة الإيجابية" - الحقوق التي تشمل منافع الرفاهة الاجتماعية؟ في مجال الرعاية الصحية، من غير المعتاد أن تجد استحقاقات تشريعية معينة. بدلا من ذلك، توصف حقوق المرضى غالبا بمفردات أكثر عمومية، مثل الحق في رعاية "شاملة"، أو "طبيعية"، أو "غير تجريبية". أضف إلى ذلك الموارد المحدودة التي يعمل نظام الرعاية الصحية داخلها والتشديد الممنوح لتحقيق "المساواة" في تخصيص الموارد الشحيحة من الواضح عدم ملائمة المحاكم لتقدير الأثر بعيد المدى للقيود المالية على عملية اتخاذ القرار عموما. ومع الأخذ في الاعتبار تركيز المحاكم على حقوق الدعاوى "الفردية"، فهي تجهل ما يحتاجه هؤلاء الذين لا يتقاضون أمامها، أو الأثر بعيد المدى للقرار المتخذ في قضية شخص ما على قضية شخص آخر، أي "تكاليف فرصة" تحويل اتجاه الموارد المحدودة من الشخص "أ" إلى "ب".

(٢٧) تضمن، عند نشوء الحاجة، واجبا إيجابيا لاتخاذ خطوات لصيانة المواطن من الانتهاكات المنهجية لحريات الآخرين. Supra note 22 and 23.

لهذا السبب ، غالبا ومن غير المناسب وغير الصحيح استخدام الحقوق "الواقعية" في مقام الحقوق العامة الإيجابية. فالخطر القائم هو أن الحقوق الواقعية تميل بالأمر إلى توجيه تركيز الموارد نحو أولئك الذين يتقاضون أمام المحاكم آنذاك . وهو الأمر الذي يكون غالبا ناتجا عن ظروف خاصة أكثر من كونه استراتيجية عامة. ونتيجة لذلك فإن استخدام الحقوق الواقعية لتخصيص الموارد الشحيحة يستطيع تشويه التخصيص النزيه والمستمع لمنافع الرعاية الصحية ويدمر السياسة العامة. والبديل الأفضل هو استخدام "الحقوق الإجرائية". هنا، يتجسد الحق في الوصول إلى إجراء تحدد به المحكمة استحقاقات المدعي بالحق. يجب أن تخضع هيئة المحكمة هذه إلى المراجعة القانونية بواسطة السلطة القضائية لضمان أنها تتصرف بشكل سليم، لكن يجب قصر المراجعة على فحص الأسلوب المتخذ به القرار، وأنها وضعت كل العوامل المتعلقة بالأمر في اعتبارها، وأنها استبعدت العوامل غير ذات الشأن، وأنها قدرت الأدلة بنزاهة ووصلت إلى استنتاج نهائي معقول في حدود التزاماتها التشريعية<sup>(٢٨)</sup>.

بالطبع هناك خطر من أن تتحول الحقوق الإجرائية إلى خدعة؛ وأن تصبح لهذه الدرجة من الضعف وتحدث عرضا إلى الدرجة التي تجعل من الممكن أن يصبح متخذو القرار في مأمن من الحساب والمراجعة في حالة عدم تنفيذها. الحقوق الإجرائية ذات "المظهر القوي" ضرورية بشكل لا غنى عنه حتى تصبح فكرة "الحقوق" الإجرائية ذات معنى. فهي تتطلب ألا تضيق احتياجات الفرد في دوامة حسابات نفعية صرف؛ تركّز فقط على احتياجات العدد الأعظم منهم دون الاهتمام باحتياجات كل فرد. وهذا هو السبب في أن مفاهيم مثل جودة سنوات العمر المعدلة (QALY)<sup>(٢٩)</sup> مفيدة في هذا الحوار على المستوى الأكبر، ولكنها - هذه المفاهيم - لن تكون الحاسمة. فهي تحمل مخاطر خطف بصر متخذي القرار نحو «المنافع العامة»، ولكنها تعميهم في نفس الوقت عن

(٢٨) انظر ex p A, D & G أعلاه والتي نناقشها أدناه.

(\*) Quality Adjusted Life Years

احتياجات الفرد<sup>(٢٩)</sup>. ولهذا الحد يجب تقدير جودة سنوات العمر المعدلة بالتوازي مع التدابير المتخذة نحو الاحتياجات الأخرى. وهكذا، بالإضافة إلى ذلك، تصر المحاكم الإنجليزية على أن المراجعة القانونية كافية في حد ذاتها. فالمراجعة القانونية لا ترضى فقط بوصول الهيئة القضائية إلى قرار معقول على المستوى «الأشمل»، ولكنها تنظر في أي احتياجات «استثنائية» خاصة للفرد على المستوى «الجزئي». واجب السلطات العامة هو النظر في كل هذه العوامل ذات الصلة بالموضوع، بما فيها الاحتياجات الخاصة للفرد وظروفه المحيطة. وهذا بوضوح عامل مهم ويجب أخذه في الحسبان عند اتخاذ القرار حتى تنجح أمام اختبار الحصافة وسداد الرأي.

### حقوق مطلقة أم نسبية؟

وهذا يأتي بنا إلى التمييز النهائي المفيد لمناقشتنا حقوق الفرد وحقوق الجماعة، أي الفرق بين الحقوق «النسبية» والحقوق «المطلقة». الحقوق المطلقة هي حقوق واجبة التنفيذ بغض النظر عن مصالح الآخرين. بينما تعتمد الحقوق النسبية على اعتبارات مسبقة لحقوق الآخرين وقد تتنوع من وقت لآخر. وقليل من الحقوق هو الذي نستطيع ممارسته بطرق تتجاهل تماما حقوق الآخرين. حريتي في الكلام يحددها القانون باحترام الآخرين - مثلا عدم التشهير بسمعتهم وحقوق الحياة الخاصة والعائلية - وحرية الاجتماع لا تشمل الحق في السلوك اللاأخلاقي أو الخطر أو المهدد للآخرين، وحقوق الحياة الخاصة والعائلية لا تخولني سوء معاملة أطفالي<sup>(٣٠)</sup>.

رغم ذلك ربما يكون استعداد المحاكم لتحديد معالم بعض فئات الحقوق بارزا مع بعضها دون الأخرى. ولا بد أن حرية الكلام والعقيدة يتطلبان أراضية شديدة الإقناع لتبرير تقييدهما. من الناحية الأخرى، فيما يتعلق بدعاوى الصحة والرفاهية الاجتماعية،

---

(٢٩) بكلمات أخرى، يجب ألا يشجع مفهوم جودة سنوات العمر المعطلة الأطباء على التصرف كما لو أنهم محامو المريض لأن «القرارات الصعبة» يجب أن تكون مسئولية الآخرين.

(٣٠) حتى الحقوق المدنية والسياسية الأساسية مثل الحق في التصويت في الانتخابات والحق في الملكية الخاصة تم تعديلهم لمصلحة الاحتفاظ بحقوق جماعات السكان الأصليين الأبورجينال. انظر: Kymlicka, ibid.

وربما يكون هناك افتراض في الاتجاه المعاكس . مقارنة مطالباتي الصحية بمطالب الآخرين الصحية ليست على هذه الدرجة من البساطة . وكيف يمكن لنا مقارنة طرق العلاج المختلفة، أو كيف يمكن لنا مقارنة دعاوى البالغين بدعاوى الأطفال؟ وما هي العوامل التي يجب وزنها أو وضعها في الاعتبار؛ اقتصادية، إكلينيكية، اجتماعية، سياسية؟ مع التسليم بعدم ملائمة فصل المحاكم في أمور لها هذه الطبيعة، يجب أن نفوض المسألة بشكل طبيعي إلى الهيئات التشريعية المتخصصة لديها خبرة تقنية في ميزان الدعاوى المتنازعة، والقدرة على التصرف بشفافية، ومدرسة بشكل مستمر لحقيقة أن الاستثمار في إحدى فئات الرعاية، أو فئات المرضى، ربما تعني "عدم الاستثمار" في الفئات الأخرى .

وهكذا، الحقوق، وطريقة تنفيذها جبريا، تخدم نوعية من الأدوار المختلفة . ويمكن لنا أن نفهمها من خلال رسم بياني على أحد محاوره، الحقوق العامة والخاصة، وعلى المحور الآخر، الحقوق الإيجابية والسلبية التي تصور لنا القيم والأهداف المختلفة في الميدان العملي في الدعاوى التي تقوم على أساس الحقوق<sup>(31)</sup>.

المساواة	حق سلبي	الحرية
حق عام	حق إجرائي	حق واقعي
حق إيجابي		

### التضامن في نظام الخدمات الصحية الوطني (NHS)

كيف يطبق نظام الخدمات الصحية الوطني ذلك؟ تقوم (حاليا ١٥٢) هيئة صحية في إنجلترا بتخصيص موارد الرعاية الصحية . يعمل كل منها داخل هامش واسع نسبيا من

(31) C. Newdick, "The Positive Side of Health Care Rights," S.A.M. McLean (ed), First Do No Harm – Law, Ethics and Health Care (Ashgate: Aldershot 2006) ch. 36.

حرية التصرف و(على الأقل نظريا) ربما تختلف عن بعضها البعض في الأولويات التي تحددها لنفسها<sup>(٣٢)</sup>. ومؤخرا نسبيا، رغم سماح قانون الإهمال الطبي للمريض بأن يطالب بحقوقه الخاصة ضد نظام الخدمات الصحية الوطني، فشلت المراجعة القضائية في توضيح أي فكرة ذات دلالة عن الحقوق العامة للمريض في نظام الخدمات الصحية الوطني. ودفعت نتائج سلسلة من القضايا إلى صرف النظر عن اللجوء إلى المراجعة القضائية على أرضية أن القرارات المتعلقة بتخصيص الموارد الشحيحة تتجاوز بشكل طبيعي كفاءة المحاكم. ولكن في الواقع الملموس كان على مستوى المراجعة ضعيفا جدا، وغير كاف، حتى إن المرضى خرجوا من التقاضي بأحكام منوثة لهم دون أي توضيح للأسباب أو توضيح أين تكون المصلحة العامة خلف هذه الأحكام. في كتاب كولير، وفي قضية وصمت محكمة الاستئناف بالخزى في ١٩٨٨، رفضت القضاة فحص القرار الطبي الذي منع إجراء جراحة لطفل عمره أربع سنوات من أجل إصلاح ثقب في القلب. ولاحقا مات الولد بسبب هذه الحالة المرضية. وبدلا من إخبارنا أن المستشفى يعاني من نقص في أعداد ممرضات العناية المركزة، لم يفسر لنا أحد لماذا لم يُنقل الولد إلى مستشفى آخر لتلقي العلاج، كما رفضت المحكمة بحث الأسباب<sup>(٣٣)</sup>.

ومع ذلك في ١٩٩٥ تغيرت هذه الاستجابة السلبية التمييزية من القضاء على الشاكين. بدأ القضاة في مطالبة متخذي القرار بإعطاء مسوغات قراراتهم المتخذة. وبينما يستسلمون لحقيقة أن القيام بتلك الاختيارات الصعبة فيما بين مرضى معوزين هو أمر متوطن في نظام الخدمات الصحية الوطني، وقد تم النصح بوضع إطار عمل تحليلي، من خلاله يقومون بوزن الاحتياجات الخصوصية لمطالب الأفراد وتحقيق

(٣٢) رغم أن النظرية القانونية تعطي أمانات الرعاية الأولية الحرية لتحقيق أولوياتها الخاصة، ففي الممارسة العملية تأخذ سياسات الحكومة المركزية نصيب الأسد من موارد هذه الأمانات وتحدث الاختلافات في الهوامش فقط.

(33) R v Central Birmingham HA, ex p Collier (Court of Appeal, unreported, 1988).



التوازن فيما بينها<sup>(٣٤)</sup>. وأوضح تصوير لهذه المقاربة موجود في محتوى: (R v North Lancashire Health Authority, ex p A, D & G)<sup>(٣٥)</sup>.

تقابل طلبات المتقدمين لإجراء جراحة التحويل بين النوعين بالرفض. وقد شرحت السلطات الصحية أنها يجب أن تفضل بين اختيارات صعبة في ظل الموارد الشحيحة. ودافعت عن موقفها بقولها إنه رغم توافر مثل هذه الجراحات عند أطباء يتحلون بالمسئولية، فإنه لا توجد تجارب عشوائية تحت التحكم للمقارنة، يعتمد على نتائجها (RCTs<sup>(\*)</sup>) لتظهر لنا هل مثل هذه الجراحات فعالة أم لا. لذلك، رغم أن النظام يوفر جلسات علاج نفسي ومشورة، فإنه يرفض تمويل الجراحة.

اللجوء للمراجعة القضائية كان ناجحاً. خرجت المبادئ التالية من القضية، أولاً: عندما يجد أسلوب علاج ما تأييداً من أطباء ذوي حصافة، فلن يكون مشروعاً رفض السلطات الصحية لهذا العلاج دون إعطاء أسباباً مقنعة. وهنا يكون غياب التجارب العشوائية تحت التحكم (RCTs) تم تفسيره بالعدد القليل من المرضى الذين أجريت لهم جراحات تحويل النوع. ولكن أن تشترط وجود تجارب عشوائية تحت التحكم بينما لا أحد يتوقع أن تكون متوافرة، فذلك أمر غير منطقي. وفي هذه الحالة على السلطات أن تفحص الأدلة الإكلينيكية حتى تحدد ما إذا كان الأطباء أنفسهم لديهم سوابق من الحالات المسجلة تكفي لتكون دليلاً إكلينيكياً يبرر أسلوب العلاج، حتى ولو كان الأمر يتعلق فقط بفئة محدودة من مثل هؤلاء المرضى.

بكلمات أخرى كل الأدلة ذات الصلة يجب وزنها ووضعها في الاعتبار. ثانياً: الأسلوب الذي تجري به مثل هذه المراجعة يجب أن يتعامل مع المريض دون تحيز،

(٣٤) بالنسبة لنشوء وتطور القانون في هذه المساحة، انظر عموماً:

C. Newdick, Who Should We Treat? -Rights, Rationing and Resources in the NHS (Oxford: Oxford University Press, 2005).

(35) R v NW Lancashire HA v A, D & G BMLR (2000) 53, p. 148.

(\*) Randomized Controlled Trials

وبشكل متساوٍ ومتسق. يجب اتخاذ القرارات طبقاً لإطار عمل أخلاقي ويعتمد عليه، كما يجب على السلطات الصحية من خلال هذا الإطار أن توازن -مثلاً- بين طبيعة احتياجات المريض ودرجة إلحاحها، وبين قوة الأدلة الإكلينيكية والقيمة المطلقة لنفقات العلاج، والعلاقة ما بين التكلفة والعائد منسوبة لأساليب العلاج الأخرى المناسبة. ومن الحتمي، أن بعض العلاجات لن يمكن من الطبيعي توفيرها، لكن كل العوامل المتعلقة بالقرار يجب وضعها في الاعتبار قبل أن يتخذ مثل هذا القرار.

ثالثاً: لا يمكن الخضوع لحسابات مفهوم "جودة سنوات العمر المعدلة (QALYs)" في هذا التحليل. على الأرجح بشدة أن من غير القانوني استعمال "التحريم البات" وبالتحديد: لأن ذلك يتجاهل مصلحة الفرد. وهذه ليست مجرد رطانة كلام. ضمان وضع الظروف الخاصة في الاعتبار يمثل أرضية لتأسيس "لجان مراجعة الحالات الاستثنائية".

على سبيل المثال، قل إن السلطات وضعت "إطار عمل أخلاقي" عاماً وقدمت سياسة تحدد فيها أولوية متدنية للعلاج "س" على أرضية محدودة الدليل على فعالية هذا العلاج أو تكاليفه، أو الطبيعة الهامشية "لاحتياجه" الصحي. والآن أحد الأفراد المرضى قد يطلب مراجعة حالة استثنائية لاحتياجه الإكلينيكي لهذا العلاج. قد يسعى المريض إلى إقناع السلطات بأن قدرته الخاصة على الاستفادة من هذا العلاج ذات وضع استثنائي للغاية تجعله يستحق أن تقوم السلطات "بشكل استثنائي" بتمويل علاج حالته<sup>(36)</sup>. على سبيل المثال رغم أن جراحات التجميل قد تستبعد من داخل إطار العمل الأخلاقي العام، ربما توافق السلطات على طلبات إجراء جراحات تجميل لما بعد العمليات الجراحية على أساس استثنائي.

---

(36) C. Newdick, "Exceptional Circumstances – Access to Low Priority Treatments After the Herceptin Case," 1 Clinical Ethics (2006), p. 205, and R (Ann Marie Rogers) v Swindon Primary Care Trust and the Secretary of State [2006] Lloyds Rep Med 364 and R (Linda Gordon) v Bromley NHS Primary Care Trust [2006] EWHC 2462 (both of which concerned exceptional access to treatment for cancer).

رابعاً: معالجة ذلك تكون "إجرائية". لو كان نجاح طلب الاستثناء، فإنه يعاد إلى السلطات الصحية للنظر فيه مرة أخرى في ضوء تعليمات وتعليقات المحكمة. بهذه الطريقة، هناك قالب جاهز لطريقة صنع القرار في نظام الخدمات الصحية الوطني يقوم بوزن الحقوق العامة الإيجابية أمام أسلوب العلاج بطريقة تتوازن فيها حاجة الفرد وحاجة الجماعة والتي تميل لصالح المساواة في القدرة على الوصول إلى الرعاية. تمتلك السلطات الصحية الحق في تأكيد قرارها الأصلي، بشرط أن تضع في اعتبارها العوامل التي تبرزها المحكمة وأن تصل هذه السلطات إلى قرارات معقولة مبررة في حدود سلطاتها القانونية<sup>(٣٧)</sup>.

#### ملاحظات ختامية

النظريات القائمة على أساس الحقوق "كورقة اللعب الرابعة" تؤكد على الحقوق "السلبية" المدنية والسياسية. إلا أنه، في مقام الحقوق "العامة الإيجابية"، الاقتصادية والاجتماعية، تفشل هذه النظريات في خلق التوافق ما بين مصالح الآخرين المتنافسة. وهناك خطر على العدالة والمساواة عند تطبيق الأفكار الفردية والواقعية على الحقوق "العامة". قضية واتس ضد أمانة الرعاية الأولية في بدفوردشاير (Watts Bedfordshire PCT) تسلط الضوء على هذا الخطر، عندما أصرت محكمة العدل الأوروبية على أن نظم الرعاية الصحية المحلية يجب أن تسمح لمرضى الاتحاد الأوروبي بالحصول على العلاج "العادي" في أماكن أخرى بالاتحاد الأوروبي إذا لم تتوافر دون "تأخير مستحق" في البلد الأم.<sup>(٣٨)</sup> بالعودة إلى تحليل الحقوق الوارد أعلاه، توجد حقوق الوصول إلى الخدمة هذه في ركن "العام الإيجابي" من الرسم

(٣٧) رغم أن أماتات الرعاية الأولية التي تخسر قضيتها في المراجعة القضائية تميل - تحت ضغط من المحكمة والإعلام والمرضى- إلى الإذعان إلى الهزيمة بتحويل التمويل إلى أولئك الذين يطالبون بالحصول على احتياجاتهم بشكل استثنائي.

(٣٨) Case C-372/04, R (Watts) v Bedfordshire PCT (2006, ECJ). تم تقديم الدعوى طبقاً لنبود حرية الحركة في المادة 49، بغض النظر عن المادة 152 (5)، التي تنص على أن "تصرف المجتمع المحلي في ميدان الصحة العامة يجب أن يحترم مسئوليات الدول الأعضاء كاملة في تنظيم وتقديم الخدمات الصحية والرعاية الطبية" (2005).

البياني، ومن الضروري أن يكون بشكل طبيعي حقا "إجرائيا" بطبيعته. تعتبر محكمة العدل الأوروبية هذه الحقوق حقوقا فردية وواقعية.

عواقب هذه السياسة واضحة. أولا: فهي تفضل أولئك الأقوياء، اللائقين والمستعدين للسفر. لن يستطيع المرضى ذوو الحالة المرضية بالغة السوء، وكبار السن وذوو الإعاقة الترحال والتنقل. ثانيا: حيث إن قانون الاتحاد الأوروبي يفرض "التزاما" عاما بتمويل مثل هذا العلاج في الخارج، يتمتع تلقائيا أولئك القادرون على الترحال بأولوية في تمويل أمانات الرعاية الأولية.

تلتزم أمانات الرعاية الأولية "في البلد الأم" بتوفير نفقات إقامة وغيرها التي تتولد في الخارج، بغض النظر عما تبلغه احتياجات الآخرين من شدة. وبشكل حتمي، أولئك الذين يقعون في البلد الأم سوف يجدون صعوبة أكبر في الحصول على الرعاية. سوف تظل حقوقهم (في الموارد المستنفدة الآن بواسطة هؤلاء الذي يحصلون على الرعاية الصحية في أماكن أخرى بالاتحاد الأوروبي) ذات طبيعة "إجرائية". في الممارسة العملية، الفئات الخاضعة لمثل هذا الإجحاف سوف تبقى في هذا الوضع بشكل مستمر؛ فأفواههم مكتمة، ولا يوجد من يمثلهم بشكل كاف، ولا يتمتعون "بالشهرة"، فهم نمطيا مرضى كبار في السن وعجزة (وعلى نحو أخص فهم المرضى بالأمراض العقلية والمعوقون). على الأرجح، يمثل تدخل محكمة العدل الأوروبية بالنسبة لمثل هؤلاء المرضى مزيدا من العوائق في وصولهم إلى الرعاية.

قارن ذلك بمقاربة المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان. في قضية سنتجيس (Sentges) ضد هولندا، عانى رافع الدعوى من مرض ضمور بالعضلات (Duchenne Muscular Dystrophy).

رفض صندوق التأمين الصحي التابع له هذا المريض تحمل تكلفة تركيب ذراع روبوت في كرسيه المتحرك ليحسن من قدرته على الاستقلال الذاتي. صدر حكم محكمة لوكسمبورج برفض قبول الدعوى. نص الحكم على أنه:

.. يجب النظر إلى التوازن العادل الذي يجب أن يقام بين مصالح الأفراد المتنافسة مع مصالح الجماعة ككل وإلى الهامش الواسع من التقدير الذي تتمتع به الدول في مجال تحديد الخطوات الواجب اتخاذها لضمان التوافق مع التعاهد... هذا التقدير هو الأوسع حينما تشمل القضايا- كما في القضية الحالية- تقديراً للأولويات في سياق تخصيص موارد الدولة المحدودة.

من زاوية ألفة الدولة مع مطالبات نظام الرعاية الصحية التابع لها إضافة إلى التمويل المتوافر للوفاء بهذه المطالبات ، تحتل السلطات الوطنية وضعاً أفضل للقيام بهذا التقدير أكثر من المحكمة الدولية<sup>(39)</sup>.

وذلك محل تفضيل بشكل واسع . أي نظام للرعاية الصحية يتجاهل حقيقة أن الاستثمار في بعض المرضى قد يعني منع الاستثمار عن البعض الآخر ، يستحق الإدانة . معاملة رعاية الصحة العمومية مثل الحق في أن تشتري ثلاثة منزلية هو خطأ جسيم . بدلاً من ذلك ، نحن في حاجة إلى مقارنة تدرك بشكل واسع احتياجات الآخرين وتقيم توازناً بينها .

تقدم حقوق الرعاية الصحية وضعاً نموذجياً لمناقشة أكثر المشاكل المستعصية على الحل شدة والتي تنشأ في هذا القطاع . ولقد اقترحت أنه من الممكن إدراك تلك الحقوق بأحسن شكل بواسطة التمييز بين الحقوق "الإجرائية" وتلك "الواقعية" ، وبعمل ذلك ، تنتقل إلى ترقية "المساواة" بين الناس ، أكثر من ترقيتنا "لحرية" الأفراد . وتلك هي الأفكار التي تمثل ركائز التضامن الاجتماعي؛ فهو يقوم على أساس "نظام" يرقى بحقوق العلاج المتساوي بالتعادل مع احتياجات الآخرين . ولحدود ما ، يتعلق مفهوم التضامن بالأخلاقيات المؤسسية المطلوبة لترقية التماسك الاجتماعي . وبدأ المقال

---

(39) App no 27667/02.

بشرح الحاجة إلى إجراءات عادلة ومعقولة لتخصيص الموارد<sup>(40)</sup>، ولكننا نحتاج إلى فهم أعظم، لكل من "نظرية الحقوق" التي يقوم على أساسها النظام، و"الممارسات العملية" التي يقوم بها داخل نظام رعاية صحية عصري. على سبيل المثال، في وادي نهر التايمز، بناء على الأفكار التي ناقشناها أعلاه، أسسنا إطار عمل أخلاقيا من خلاله يجب إجراء تقييم للقدرة على الوصول إلى موارد نظام الخدمات الصحية الوطني المحدودة أصلاً، وفي ظل هذا الإطار، يوجد (حالياً) ١٠٨ أطباء يسترشدون بسياسات تدلهم على متى وكيف يجب تطبيق أساليب العلاج المعينة<sup>(41)</sup>.

لا يمكن أن يكون التضامن في الرعاية الصحية مجرد فكرة حول منح المحاكم حقوقاً ومنافع واقعية لمرضى بعينهم. بل إن التضامن يتعلق بنظام قوي من الأخلاقيات المؤسسية قادر على طمأنة المجتمع والجماعات بأنه يدرك الحاجة إلى البت في الاختيارات الصعبة بين المطالب المتنافسة، ويمتلك نظرة سليمة نحو احتياجات الفرد ويعد بالاستجابة إلى مصاعب تخصيص الموارد بطرق تسمح بعلاج نزيه وعادل ومستمر للمرضى.

---

(40) N. Daniels and J. Sabin Setting Limits fairly – Can we Learn to Share Medical Resources? (Oxford: Oxford University Press, 2002).

(41) C. Newdick, "Accountability for Rationing – Theory into Practice" (2005) 33 Law, Medicine and Ethics (2005) 33, p. 660 and the Thames Valley Ethical Framework and its application by the Berkshire Priorities Committee, [www.berkshire.nhs.uk/priorities/tools/policydisplay.asp](http://www.berkshire.nhs.uk/priorities/tools/policydisplay.asp).

**الجزء الثالث:**  
**الحصول على الرعاية الصحية في أمريكا**  
**الشمالية والجنوبية**





## الفصل الخامس

### حقوق الرعاية الصحية في كندا: ميراث قضية كاولي (Chaoulli)

كولين فلود وسويث خافيير (Colleen Flood and Sujith Xavier)

#### المقدمة: ميراث كاولي

قرار المحكمة العليا الصادر في ٢٠٠٥ والمتعلق بقضية "كاولي ضد المدعي العام لمقاطعة كويبك"<sup>(١)</sup> هو أكثر الحالات ذات الشأن التي واجهت حقوق الرعاية الصحية في كندا خلال العقد الأخير. وشق هذا القرار طريقه إلى قلب نظام الرعاية الطبية الكندي (Medicare) متحدياً مبدأ وجوب تخصيص الرعاية الصحية على أساس قاعدة "من يحتاج" وليس "من يستطيع الدفع". ولدت القضية سلسلة استجابات على مستوى السياسات العامة وكذلك موجة من التقاضي بنفس الصلة، وسوف نفحصها مع أدناه.

كان بيت القصيد في حالة "كاولي"، هو المشروعية الدستورية لقوانين مقاطعة كويبك. تحظر هذه القوانين "وهي مماثلة للقوانين القائمة في خمس مقاطعات كندية أخرى"<sup>(٢)</sup> تعاقد شركات التأمين الخاصة مع أطباء وخدمات مستشفيات متعاقدين مع التأمين الصحي العام. يستهدف هذا القانون، في ارتباطه مع قوانين أخرى، منع ازدهار قطاع التأمين الصحي الخاص في مجال الرعاية الطبية الضرورية. في قضية "كاولي"، المتقاضيان هما الدكتور "كاولي"، الطبيب الفرنسي الأصل الذي أحببته القيود الحكومية التي تحد من قدرته على ممارسة مهنته كقطاع خاص، و"جورج زليوتيس"، المريض الذي يبلغ من العمر ستة وسبعين عاماً ويعاني من مرض في

(1) Chaoulli v. Quebec (Attorney General), [2005] 1 S.C.R. 791, 2005 SCC 35.

(2) C. Flood and T. Archibald, "The Illegality of Private Health Care in Canada", Canadian Medical Association Journal 825 (2001), Ibu (6).

مفصل الفخذ وفي القلب، والذي كان عليه أن ينتظر تسعة أشهر؛ حتى تُجرى له عملية في مفصل فخذ. اعتقد السيد "زليوتيس" أنه يستطيع تمويل جراحة لفخذه في القطاع الخاص لو سمحوا له بشراء تأمين صحي خاص. خاب مسعى "كاولي" و"زليوتيس" عند كل من مستوى تقديم طلب بذلك ومستوى تقديم الالتماس ولكنهما حققا نجاحا في إثارة الجدل في قضيتهما أمام المحكمة الكندية العليا.

في هذا القرار، قال حكم المحكمة العليا: إن قوانين مقاطعة كويبك التي تمنع شراء تأمين خاص، في مواجهة قوانين الانتظار الطويلة للعلاج في القطاع العام، تنتهك الضمانات الموجودة في "ميثاق كويبك لحقوق الإنسان والحريات". رفضت القاضية المساعدة "ديشامب"، بأغلبية ضئيلة (3 من 4 أعضاء)، ادعاء حكومة كويبك بأن القانون الذي يحظر التأمين الصحي الخاص ضروري لحماية القطاع العام في نظام الرعاية الصحية<sup>(3)</sup>. لكن لأن قرار الأغلبية اختص فقط "بميثاق كويبك للحقوق والحريات" وليس "بميثاق كندا للحقوق والحريات"، لم يسقط قرار المحكمة مباشرة القوانين المثيلة أو المعادلة في مقاطعات كندا الأخرى. وهذا يعني، مثلاً، أن القوانين في المقاطعات الأخرى، مثل "ألبرتا" أو "أونتاريو"، التي تمنع شراء تأمين صحي قطاع خاص تظل شرعية، لأن قرار "كاولي" يطبق مباشرة فقط على كويبك. نتج ذلك من أن قرار القاضية "ديشامب" لم يستند على مطالب "الميثاق الكندي" الذي يُطبق على كل المقاطعات الكندية. كان مبرر القاضية هو أن ما كشفته في ميثاق "كويبك" يتصل اتصالاً كبيراً بالقضية. ورغم ذلك، اتفق قضاة الأغلبية الآخرون -القاضي الرئيس ماكلاكلان والقاضي ميجور والقاضي باستاراك- في الرأي مع القاضية ديشامب فيما يتعلق بميثاق كويبك ولكنهم وجدوا أيضاً ما يدعم مطالب الطبيب والمريض في الميثاق "الكندي". انتهى هؤلاء القضاة الثلاثة إلى أن هذا القانون كان "استبدادياً" ولهذا يخرق القسم السابع من "الميثاق الكندي" ولا يمكن حمايته بواسطة القسم الأول من "الميثاق". ووجد قضاة الأقلية الثلاث أن قانون كويبك الذي يحظر

---

(3) C. M. Flood, "Chaoulli's Legacy for the Future of Canadian Health Care Policy", Osgoode Hall Law Journal, 273-310 (2006) 2, p. 273-310.

التأمين الصحي الخاص لا يخرق أيا من ميثاق كوبيك ولا الميثاق الكندي .

أصبحت النتيجة النهائية هي أنه في مسألة "الميثاق الكندي" الحاسمة -وبالتالي دستورية القوانين المماثلة في باقي المقاطعات- انقسمت المحكمة إلى ثلاثة قضاة مع وثلاثة قضاة ضد . وتعني هذه العقدة أن الراغبين في مقاضاة القوانين المماثلة في المقاطعات الأخرى يجب أن يقدموا على إعلان تحديهم لكل تشريع في مكانه على حده .

يسود عدم اليقين . وليس واضحا ما إذا كانت المحكمة العليا سوف تقبل بطرح هذه القضية أمامها مرة أخرى أم لا ، ومتى سيكون ذلك ، خصوصا أن عددا من أعضاء محكمة "كاولي" قد تقاعدوا -فقط سبعة أعضاء من التسعة أعضاء المعتادين- وقد استمعوا للمرافعات<sup>(٤)</sup> .

في هذه الدراسة ، نضع أولا الأساس المنطقي لقرار الأغلبية في قضية "كاولي" والنقد الموجه للاقتراضات/الاستنتاجات المتضمنة في صميم هذه الحجج . ثم نناقش رد فعل حكومة كوبيك البارع سياسيا على هذا القرار المثير للخلاف ، وهي الاستجابة التي اتخذت شكل "الورقة البيضاء" و"القانون ٣٣" . للوهلة الأولى ، بدت استجابة حكومة كوبيك على قضية "كاولي" أنها تجعل قانون التأمين الصحي الخاص أكثر ليبرالية . ولكنها فعلت ذلك فقط بالنسبة لثلاثة تدخلات نوعية وقامت بتخفيض ذى شأن لأي حوافز تساعد على شراء التأمين الصحي الخاص بوضع تدابير في نظام الرعاية الصحية العام للحد من طول فترة الانتظار في مجال هذه التدخلات النوعية الثلاث . أحدثت هذه الاستجابة السياسية الذكية توازنا بين الحاجة إلى تلبية قرار المحكمة العليا مع الحاجة إلى حماية نظام الرعاية الصحية الممول من القطاع العام . ومع ذلك ، كما ناقشناه ، ربما تتعرض هذه الاستجابة البارعة للخطر مع تغير الظروف السياسية ، وخصوصا في حالة انتخاب "حركة كوبيك الديمقراطية" ، حزب المعارضة الرسمي

(٤) القاضي ماجور تقاعد واستبدلوه بالسيد القاضي رونشتاين ومؤخرا جدا تقاعد القاضي باستارك .

الجديد في كوبيك . وأخيرا ، لقد استكشفنا كيف أثار ”كاولي“ عبر كندا إلهام أنواع واسعة من الدعاوى المختلفة في شأن الرعاية الصحية تقوم على أساس حقوق الميثاق . وناقش ثلاثة أنواع من القضايا: الأول: قضايا الميثاق التي قفزت إلى الصدارة بعد نزاع كاولي من أجل توسيع سبل الحصول على الرعاية الممول من المال العام؛ وثانيا: قضايا الميثاق التي تسعى (على شاكلة قضية كاولي) إلى تحرير اللوائح الحالية وفتح النظام الصحي لمزيد من التمويل الخاص؛ وثالثا: التحديات القائمة في القانون الخاص ، كقانون ”وقوع الضرر“ على سبيل المثال ، في مواجهة القيود الموجودة في نظام الرعاية الصحية الممولة من المال العام .

### منطق كاولي<sup>(٥)</sup>

وجد القاضي الرئيس ماكلاكلاان ، و القاضي ماجورج - بالتعاون مع القاضي باستارك - أن القانون الذي يمنع التأمين الصحي الخاص خلق عمليا وضع احتكار<sup>(٦)</sup> . بكلماتهم فإن ”هذا الوضع قد قلص بفعالية قدرة الوصول إلى الرعاية الصحية الخاصة إلا للأغنياء فاحشي الثراء ، الذين يستطيعون تحمل تكلفة الرعاية الصحية الخاصة دون اللجوء إلى التأمين“ . ”هذا الاحتكار العملي ، في وجود شواهد عليه ، يتسبب في إرجاء بدء تلقي العلاج وهو ما يؤثر سلبا على أمن شخص المواطن“<sup>(٧)</sup> . لذلك ، ”عند فرض وضع حصري ومن ثم فشل القطاع العام في تقديم رعاية صحية ذات مستوى مقبول ، وخلال زمن معقول ، تخلق الحكومة ظروفا تدفع إلى تطبيق مبادئ الميثاق“<sup>(٨)</sup> .

(٥) تحليل القرار الذي صدر لصالح كاولي مأخوذ بشكل واسع من الأعمال المبكرة لواحد من المؤلفين التاليين: C. M. Flood, *ibid.*, p. 273-310. See also C. M. Flood et al (ed), *Access to Care, Access to Justice: The Legal Debate over Private Health Insurance in Canada* (Toronto: University of Toronto Press, 2005).

(٦) يجب على القارئ أن يتذكر أن كاولي، وماكلاكلاان وماجورج وباستارك متضامنا، تضامنوا مع القاضية ديشامب حول ميثاق كوبيك مما جعل قرار ديشامب يحوز الأغلبية. ومع ذلك وجد ما كلاكلاان وماجور (وباستارك بالتضامن) أن الميثاق الكندي يلبي دعاوى المستأنفين أيضا.

(7) Chaoulli, [2005] 1 S.C.R. 791 at 66

(8) *Ibid*

هناك فرضيات أو استنتاجات ضمنية في رأي القضاة الذين يرون عدم دستورية قانون حظر التأمين الصحي الخاص . تتعلق هذه الفرضيات أو الاستنتاجات بحيوية تمويل القطاع الخاص وتمويل القطاع العام وكيف تؤدي هذه النظم الصحية المختلفة وظائفها . وسوف نفحص ونرد بالحجة أدناه على تلك الفرضيات/الاستنتاجات الأربع .

الاستنتاج الزائف الأول: ينتج عن "الاحتكار" التأميني للقطاع العام قوائم انتظار يفترض الاستخدام المهيمن لكلمة "احتكار" من قبل القضاة الذين يشكلون أغلبية أعضاء المحكمة وجود منفعة ما أو تريح لوصف الأسلوب الكندي في تمويل الرعاية الصحية . الهدف الحقيقي لهذا الأسلوب هو نقيض التريح أو خلق الاحتكار تماما ، وحرفيا هو ضمان القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية الضرورية لكل الكنديين على أساس الاحتياج وليس القدرة على الدفع .

على أية حال من الواضح عند مراجعة أوقات الانتظار في البلدان الأخرى أن وجود أو عدم وجود "الاحتكار الكندي" لشركات التأمين الصحي للحالات الطبية الضرورية لا يرتبط بوجود قوائم انتظار أو أوقات انتظار طويلة . لا يوجد في البلدان الأخرى احتكار للتأمين الصحي ، ومع ذلك لدى العديد منها مشاكل ذات وزن ، تتمثل في أوقات الانتظار ، وغالبا تطول أوقات الانتظار بشكل أكثر سوءا إلى حد بالغ من تلك التي يعانيها النظام الصحي في كندا . فعليا ، البلدان التي تسمح بوجود شريحة مزدوجة أو موازية لتأمين صحي قطاع خاص مثل تلك التي يحدث عنها أصحاب قضية كاولي - على شاكلة نيوزيلندا ، وأستراليا وأيرلندا والمملكة المتحدة - تعاني كلها من مشكلة قوائم انتظار مزمنة . لا يوجد دليل يدعم "افتراض" أغلبية قضاة المحكمة بأن احتكار القطاع العام للتأمين الصحي بالنسبة للحالات الضرورية طبي وهو المسبب لقوائم الانتظار .

الاستنتاج الزائف الثاني: حرية شراء تأمين صحي خاص تختصر أوقات الانتظار في القطاع العام الفرضية المطروحة ضمنا في منطق أغلبية قضاة المحكمة هي أن السماح بتغطية

الخدمات الضرورية طبي وبواسطة التأمين الصحي الخاص سوف يؤدي إلى انخفاض أوقات الانتظار في القطاع العام. والحدس الذي يكمن خلف هذه الفرضية هو أن بعض الطلب على القطاع العام سوف يتخفف بانتقاله إلى السوق الخاص الموازي/ البديل. المشكلة هي أن أسواق الرعاية الصحية لا تسير إلى هذا النحو، لأن العرض فيها بالمعايير الاقتصادية ليس مرنا. يستنفذ تعليم الأطباء والمرضات والمهنيين الصحيين الآخرين، وتدريبهم زمنا طويلا ومبلغا عظيما من المال، وهؤلاء الذين انتهوا من تدريبهم وعملهم لا يستطيعون العمل على هذا القدر من الساعات الطويلة يوميا. والوقت الذي ينفقه الطبيب في العمل بالقطاع الخاص هو الوقت الذي لا يستطيع الطبيب إنفاقه في القطاع العام. دون وجود زيادة ذات وزن ملحوظ في عدد العاملين بالمهن الصحية في كندا - وهو ما سوف يستدعي استثمارات أكبر من الإنفاق العام - أو دون وجود زيادة ذات وزن في إجمالي ساعات العمل، نشوء ازدهار قطاع خاص مواز/بديل لا يعني سوى إجمالي أوقات عمل أقل ينفقها العاملون في المهن الصحية نظم القطاع العام التي تعالج المرضى<sup>(٩)</sup>.

المشكلة الأخرى هي أن -على ما يبدو- أغلبية قضاة المحكمة يتخلون ثبات الاحتياجات الطبية بينما في الواقع هذه "الاحتياجات" تتوسع في نظام القطاع الخاص، وبالتالي لو أن حصة من هذه الاحتياجات الثابتة تخضع للعلاج في القطاع الخاص سوف ينقص الطلب على القطاع العام.

العلاج الذي كان في السابق يُعتبر رفاهية أو غير ضروري فعليا، أصبح "احتياجا" في القطاع الخاص. والنتيجة هي أن القضايا التي كانت لا تلقى أولوية في القطاع العام سوف تُعالج الآن في القطاع الخاص بواسطة عاملين كانوا سيقومون بعلاج مرضى أكثر احتياجا في نظم الرعاية بالقطاع العام. طبعاً من المنطقي أن تتساءل

---

(٩) نعرف أنه ربما تنشأ بعض الزيادة في الإنتاجية كما يحدث في حالة عدم قدرة الإخصائين/الجراحين واقعيًا العمل بكامل طاقتهم لقلة الوقت المتوفر نتيجة نقص عدد الأمرة في المستشفيات مثلاً. ولكن مدى تأثير ذلك ليس معروفاً.

لماذا يجب منع شخص ما من شراء علاج طبي إذا كان هذا ما يرغبه. وبعد كل شيء وحتى لو كان العلاج باهظ الثمن وذو نفع بسيط إلا أنه ينبغي أن يكون الفرد حراً في إنفاق ماله أو مالها كما يختار؟ وبالطبع إلى حدود معينة يسمح النظام الكندي بذلك عندما يعتبر بعض أنواع العلاجات "ليست ذات ضرورة طبية" -مثل التلقيح الاصطناعي، وجراحات التجميل إلخ-. ولكن التبرير الأولي لمنع ازدواجية نشوء قطاع خاص للرعاية "التي تفرضها الضرورة الطبية" هو ضرورة أن تقوم بها موارد بشرية محدودة -جراحونا، وإخصائيونا، وأطباء الأسرة والممرضات والعاملون الآخرون بالمهن الطبية الممول تدريبهم بالمال العام - وأنهم من ثم لا يقدمون الرعاية لمرضى القطاع العام.

#### الاستنتاج الزائف الثالث: النظام الكندي نشاز

يصف أغلبية قضاة المحكمة كندا كنشاز بين باقي بلدان العالم لمنعها التأمين الصحي الخاص من تغطية خدمة المستشفيات والأطباء الأساسية. ولكنهم لا يقرون بأن تأمين القطاع الخاص يلعب فعلاً دوراً ذا شأن كبير، تحتل كندا باستمرار المرتبة الثالثة بين بلدان منظمة التعاون والتنمية (OECD) فيما يتعلق بالمدى الذي يذهب إليه التأمين الخاص في تمويل نظام الرعاية الصحية<sup>(10)</sup>. الجانب الذي تختلف فيه كندا بوضوح عن بقية بلدان العالم -ومن ثم ست مقاطعات فقط من ضمنهما كويبيك قبل قضية "كاولي" - هو منع تغطية التأمين الصحي الخاص لخدمات المستشفى والأطباء "الضرورية طبياً". لكن المرء لا يستطيع أن يختزل نظام الرعاية الصحية الكندية على قاعدة هذه الأفضية

---

(10) Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), Health Data 2005 (Paris: OECD, 2005).

تظهر الأرقام أن التأمين الصحي الخاص في كل من فرنسا وكندا يبلغ 12.7 % من الإنفاق الصحي العام. الرعاية الصحية التي يمولها التأمين الخاص هي أعلاها في الولايات المتحدة بنسبة 36.7 %، والتي تعكس حقيقة أن التأمين الخاص هو الشكل السائد للتغطية في هذا البلد. تشير التقارير إلى هولندا، حيث يمثل التأمين الخاص فيها المكون الأول الذي يقوم بالدفع لأكثر من 30 % من السكان، بوصفها المستوى الثاني الأعلى للتمويل بنسبة 17.2 %. طبقاً لإحصائيات منظمة التعاون والتنمية 2003، يمثل التأمين الصحي الخاص أقل من 10 % من الإنفاق الصحي الكلي في كل بلدان المنظمة الباقية.

وحدها ليعتبره مثيلاً للنظام في كوبا أو كوريا الشمالية<sup>(١١)</sup>. يعطي النظام الكندي دوراً واسعاً نسبياً - فعلياً - لكل من التمويل الخاص وتقديم الخدمة بواسطة القطاع الخاص.

ما لا تختلف فيه كندا عن البلدان الأخرى هو محاولتها كبح ازدهار دور القطاع الخاص في الرعاية الضرورية من خلال التشريعات. ونتيجة لفشل أغلبية قضاة المحكمة في الاعتراف بأن الهدف من هذه السياسة ينتشر عبر بلدان العالم، كانت عواقب قضية "كاولي" أكثر سوءاً مما هو متوقع أصلاً. وعلى الأخص، يفترض رأي ماكلاكلاان/ماجور عدم وجود مبرر للأحكام التي تحمي نظام القطاع العام من وجود شريحة للقطاع الخاص في الرعاية الصحية، وأن ذلك قد يوفر الأساس لبعض حكومات المقاطعات حتى تلغي تشريعات مهمة، مثل حظر عمل الأطباء في كل من القطاع العام والقطاع الخاص في نفس الوقت.

نحن نرى أن هذا التشريع الأخير يقوم بدور أكثر أهمية في حماية القطاع العام من قوانين حظر وجود شريحة للقطاع الخاص في الرعاية الصحية والتي كانت موضوع قرار قضية "كاولي". فعلياً، قضية "كاولي" هي تقريباً "خيال حقل" كما تدل الشواهد عبر حقيقة أن بعض المقاطعات -نيو برونسفيك، ونيوفاوندلاند، ونوفا سكوتيا وساسكاتشوان- لم تحظر التأمين الصحي الخاص ومع ذلك لم يزدهر فيها نظام ثنائي. لماذا يحدث ذلك؟ نحن نرى السبب في أن التشريعات الأخرى تحدد المدى الذي يستطيع فيه الأطباء، أو يكونون فيه على استعداد، للعمل في القطاع الخاص؛ لأن المطلوب منهم هو العمل لكل الوقت أو عدم العمل لكل الوقت في نظام رعاية ممول من المال العام. ومن الواضح الجلي هو أنه إذا لم يعمل عدد مهم من الأطباء وعلى الأقل لجزء من الوقت في القطاع الخاص، فمن ثم لن تكون هناك خدمات للقطاع الخاص ولن تصبح مسألة التأمين الصحي الخاص جدية بأن نطرحها للبحث<sup>(١٢)</sup>.

---

(١١) منشأ هذه المقارنة على ما يبدو راجع لما ورد بالرأي التالي:

David Gratzner, Wanted: Credible Health Care Analysis (1998) 7(2) Fraser Institute Canadian Student Review,  
[http://oldfraser.lexi.net/publications/csr/1998/september/health\\_care\\_analysis.html](http://oldfraser.lexi.net/publications/csr/1998/september/health_care_analysis.html)

(12) Flood and Archibald, ibid



فشل ماكلاكلان وماجور، في تحليلهم للقسم السابع من "الميثاق الكندي"، ذكر أن المقاطعات الكندية الأخرى وعددا من البلدان الأوروبية تتخذ إجراءات -أقل من حظر التأمين الصحي الخاص- لتحديد مجال ازدواجية شريحة التأمين الخاص. وأصبح القاضيان بتجاهلان هذه الحقيقة أكثر قدرة توا على رفض ادعاء حكومة كويبك بأن ذلك هدف مشروع لسياسة عامة من أجل حماية نظام الميديكير العام من نشوء شريحة قطاع خاص بديلة. توصل القاضيان إلى ذلك عندما وصفوا طموحات كندا في هذا المقام بالنشاز مقارنة بالبلدان الأخرى. ولو أن هذين القاضيين قد أقرّا أن عددا من البلدان الأخرى تتخذ تدابير قانونية وسياسية لحماية القطاع العام فيها من ازدواجية وجود شريحة للقطاع الخاص في مجال التأمين الصحي، لكان من الصعوبة بمكان أن نصف قانون مقاطعة كويبك - الذي يحظر التأمين الصحي الخاص - بالقانون "التعسفي" (١٦).

الاستنتاج الزائف الرابع: وصف نظام الرعاية الطبية (Medicare) الكندي بالتخلف وصل القاضي الرئيسي ماكلاكلان والقاضي ماجور (والقاضي باستاراك ضمنا) إلى الاستنتاج الملعون، بأن السلطات التشريعية الأخرى التي "لا تفرض احتكارا" تقدم لمواطنيها خدمات طبية متقدمة ومن الممكن تحمل نفقاتها اقتصاديا مقارنة بالخدمات المتوفرة في كندا في الوقت الحاضر" (١٧). يُعتبر هذا الاستنتاج في نظر محلي السياسات الصحية استنتاجا يحبس الأنفاس؛ حيث إن صعوبة مقارنة الأنظمة الصحية المختلفة أمر موثّق ومعروف جيدا (١٨).

(١٢) قل القاضي الرئيس ماكلاكلان والقاضي ماجور من المزيد من شأن الحجج الحكومية، والدليل الذي ساقه الشهود الخبراء) حول الأثر المدمر لشريحة القطاع الخاص على نظم القطاع العام وبدا أنهما لا يصنفان أن هبوطا سوف يحدث عند السماح بشريحة للقطاع الخاص في التأمين الصحي.

[14] Chaoulli, [2005] 1 S.C.R. 791 at 78.

(١٥) على سبيل المثال، تعرضت منظمة الصحة العالمية عند وضعها النظام الصحي الكندي في ترتيب متأخر، لانتقادات أول وهلة العشوائية. ومنها إن هذا الوضع المتأخر نتيجة لعوامل مثل التحصيل التعليمي؛ بكلمات أخرى، لأن الكنديين يتلقون تعليمًا عاليًا أرقى من المواطنين الفرنسيين مثلا يتراجع بشدة أدائنا الممتاز في مجال الرعاية الصحية مثل مؤشرات وفيات الأطفال وتوقع البقاء على قيد الحياة - انظر:

R. Deber, "Why Did the World Health Organization Rate Canada's Health System as 30th? Some Thoughts on League Tables", 2:1 Longwoods Review 2 (2003).

أولاً: فيما يخص "القدرة على تحمل النفقات اقتصادياً"، من المفترض أن القضاة لا يتحدثون من منظور فردي، حيث إن المزيد من الخصخصة ينتج عنه بالتأكيد مزيد من النفقات المباشرة التي يتحملها الأفراد سواء من خلال الاشتراكات الأولية في التأمين الصحي الخاص أو ما يدفعونه مباشرة من جيوبهم الشخصية مقابل الخدمة وهكذا تتناقص القدرة على تحمل التكلفة اقتصادياً. لذلك نحن نتصور أنهم يشيرون إلى القدرة الكلية على تحمل نفقات النظام عند قياسها بواسطة الإنفاق الكلي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي. ومن الحق هنا أن كندا تُصنف من بين أعلى عشرة بلدان من بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) بمعايير الإنفاق الكلي للرعاية الصحية<sup>(١٦)</sup>، ولكنها ليست خارج سرب البلدان الأخرى ذات الثروات الاقتصادية المماثلة. وبينما تتزايد ثروة بلد من البلدان كذلك تزداد نسبة الإنفاق الكلي من ثروتها على الرعاية الصحية - في هذا المقام تحتل كندا موقعها الذي يجب أن تحتله بمعايير الإنفاق الصحي الكلي. فعليا من منظور قومي عام يبدو أن كندا تؤدي أداءً حسناً نسبياً من منظور التحكم العام في التكلفة. في ١٩٧٠، أنفقت كندا ٧٪ من الناتج المحلي الإجمالي على الرعاية الصحية بينما في عام ٢٠٠٠ أنفقت ٩,٢٪. وعلى النقيض، في نفس الفترة الزمنية، تضاعف الإنفاق كنسبة في بعض البلدان الأخرى (في الولايات المتحدة من ٧٪ إلى ١٥,٢٪؛ وفرنسا من ٥,٣٪ إلى ١٠,٤٪)<sup>(١٧)</sup>.

حقيقة أن كندا تنفق على الرعاية الصحية أكثر من بعض البلدان الأخرى، فهذا لا ينم بالضرورة عن كثير من الكفاءة. من المهم أن نعرف، إذاً نحننا جانباً الإنفاق على الدواء، أن نسبة كبيرة من الإنفاق الصحي الكلي تذهب للمكافآت المدفوعة للعاملين في المهن الصحية. تدفع كندا للعاملين في المهن الصحية ذوي المهارة مرتبات أعلى من بعض الدول الأخرى. يشعر العديد فعليا أننا لا ندفع لهؤلاء العاملين ما يكفي! وهكذا،

---

(١٦) Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), Health Data (2005) في 2003، تراجعت كندا لمرتبة أقل من اليونان لتحتل المركز السابع بمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية بمعايير الإنفاق الكلي للرعاية الصحية عند قياس نسبة الإنفاق من الناتج المحلي الإجمالي.

(17) OECD, Health Data (2006).

حقيقة أننا ننفق على الصحة في كندا أكثر -على سبيل المثال- مما ينفق في المملكة المتحدة أو نيوزيلندا. لا تعني هذه الحقيقة في حد ذاتها أننا نبذل النقود -أو على الأقل ليس أكثر مما ينفق في أي نظام صحي آخر-<sup>(18)</sup>. كل ذلك يعني أننا نكافئ العاملين في المهن الصحية لدينا بأسعار تتماشى مع مستوى ثروتنا القومية. وفشل القاضي الرئيس ماكلاكلان والقاضي ماجور أيضا في ملاحظة أن البلدان ذات معدلات الإنفاق الخاص الأعلى -وكما أشرنا سابقا- تسجل كندا معدلات أعلى للإنفاق الخاص مقارنة بالعديد من الدول الأخرى، تسجل معدلات أعلى للإنفاق الكلي على الصحة، الخاص والعام معا<sup>(19)</sup>. مثلاً، تدفع حكومة الولايات المتحدة من المال العام بالنسبة لكل فرد -أي دولارا حكوميا لكل شخص- أكثر مما تدفعه كندا رغم وجود أكثر من ١٤٪ من سكان الولايات المتحدة دون تغطية تأمينية والعديد منهم غير مؤمن عليهم<sup>(20)</sup>. والسماح بمزيد من التمويل الخاص للنظام، خصوصا التأمين الصحي الخاص، سوف يزيد ولن يخفض من الإنفاق الكلي أو "القدرة على تحمل تكلفة الخدمات".

يندفع القاضي الرئيس ماكلاكلان والقاضي ماجور بجراءة للقول إن البلدان الأخرى تقدم خدمات طبية "متفوقة" عن الخدمات المقدمة حاليا في كندا. من الصعب للمرة الثانية أن نعرف ماذا يعنون حقا بقولهم هذا. قد يتصور المرء أنهم لا يعنون جودة الخدمات الفردية المقدمة للمرضى بواسطة الأطباء والمستشفيات؛ لأنه لا يوجد دليل يدعم ذلك. وقد يتصور المرء أنه من سياق حقائق قضية "كاولي" أنهم يشيرون إلى مشكلة أوقات الانتظار، وأن تفوق السلطات الصحية الأخرى يتعلق بالافتراض المريب أنه لا يوجد انتظار، أو أن أوقات الانتظار هناك أقل مما هو مسجل بكندا.

---

(18) A. Maynard, "How to Defend a Public Health Care System: Lessons From Abroad" in C. M. Flood et al (eds.), *Access to Care*, supra note 5.

(19) F. Colombo and N. Tapay, *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, (2004), p. 15 OECD Health Working Papers, para. 20, <http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf>.

(20) Canadian Institute for Health Information, *Research Reports, Exploring the 70/30 Split: How Canada's Health Care System is Financed* (2005).

ولكنهم لا يدعمون هذا الاستنتاج "بأي إشارة مرجعية على الإطلاق إلى "بيانات بحثية لأوقات الانتظار في بلدان أخرى". ولو ذلك كان فعلاً ، لاكتشفنا أن كندا أبعد من أن تكون وحدها في بذل الجهود الحثيثة لمكافحة مشكلة أوقات الانتظار ، وأن العديد من البلدان الأخرى تكافح هذه المشكلة - خصوصاً تلك البلدان التي تسمح بازدواج أو موازاة التأمين الصحي الخاص الذي يهدف إلى تقديم تغطية بالرعاية المستهدف تقديمها بواسطة نظام الرعاية الصحية العام .

### استجابة حكومة كيبيك

قرار المحكمة العليا في قضية "كاولي" منح حكومة مقاطعة كيبيك فترة زمنية معينة لتتلافى خلالها انتهاك "ميثاق كيبيك للحقوق والحريات"<sup>(21)</sup>. في هذا القسم ، سوف نقدم عرضاً عاماً لاستجابة كيبيك على ذلك - بمعايير التقرير الحكومي التفصيلي [White Paper] ومن ثم التشريع اللاحق في شكل القانون ٣٣ - ونفحص تبعات التغيرات الأخيرة في السلطة السياسية - خصوصاً انتخاب تحالف كيبيك الديمقراطي كمعارضة رسمية - التي سوف يكون لها على الأرجح تأثير طويل المدى على مستقبل نظام الرعاية الصحية في كيبيك .

### التقرير التفصيلي والقانون ٣٣

استجابة لقرار المحكمة العليا في قضية كاولي ، وضعت السلطات في كيبيك أولاً "تقريراً تفصيلياً"<sup>(22)</sup> ثم مرت لاحقاً القانون ٣٣ : "قانون تعديل قانون الخدمات الصحية والخدمات الاجتماعية والبنود التشريعية الأخرى"<sup>(23)</sup> . القانون ٣٣ ، المؤسس بشكل

---

(21) Chaoulli, [2005] 1 S.C.R. 791

(22) Ministère de la Santé et des Services Sociaux (Quebec), Guaranteeing Access: Meeting the Challenges of Equity, Efficiency and Quality (Quebec City: Government of Quebec), <http://publications.msss.gouv.qc.ca/>

(23) An Act to amend the Act respecting health services and social services and other legislative provisions, R.S.Q., ch.43 (2006).

واسع على ما ورد بالتقرير التفصيلي للحكومة، يعدل بنود عدد من اللوائح القانونية التنفيذية المختلفة التي تتعامل مع الرعاية الصحية<sup>(24)</sup>. دعا التقرير التفصيلي إلى خلق ضمانات لوقت الانتظار -نناقشها أدناه- ومع ذلك لم يضع القانون ٣٣ ضمانات واضحة لوقت الانتظار، وهكذا لا يمتلك مرضى كيبيك حقوقاً قانونية للعلاج، في التوقيت المناسب داخل القطاع العام. ولكن القانون ٣٣ وفر تدابير لتحقيق أهداف وقت الانتظار، وعلى الأخص نحت سبلاً لدور أكبر للقطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية -في معارضة التمويل الخاص- ومع ذلك، وفر القانون حرية اقتصادية محدودة لتقليل الحظر على بيع وشراء تأمين صحي خاص في ثلاثة مجالات نوعية:

#### ضمانات وقت الانتظار

تحدث التقرير التفصيلي -وهي ورقة مقدمة للنقاش- الذي سبق القانون ٣٣ عن نوعين من الضمانات:

ضمان وقت انتظار لا يتجاوز ٣ أشهر لخدمات علاج الأورام بالأشعة، وجراحات السرطان، ورعاية القلب المتقدمة. وفر التقرير التفصيلي للمريض الذي ينتظر أكثر من ثلاثة أشهر قدرة الحصول على الرعاية بعيادة خاصة أو خارج كيبيك ويدفع المال العام التكلفة.

ضمانة وقت انتظار لا يتجاوز ٦ أشهر لجراحات مفصل الفخذ والركبة والمياه البيضاء. يضمن التقرير التفصيلي للمريض الذي ينتظر أكثر من ٦ أشهر أن تدفع الحكومة تكلفة علاجه في العيادات الخاصة. ولو انتظر المريض أكثر من تسعة أشهر فمن حقه تلقي العلاج خارج مقاطعة كيبيك على نفقة المال العام<sup>(25)</sup>.

(24) Hospital Insurance Act, R.S.Q. c. A-28, Health Insurance Act, R.S.Q. c. A-29, Medical Act, R.S.Q. c. M-9 and Health services and social services, An Act respecting, R.S.Q. c. S-4.2.

(25) Library of Parliament, Parliament Information and Research Services, Economics Division, Duplicate Private Health Care Insurance: Potential Implications for Quebec and Canada (2006), <http://www.parl.gc.ca/information/library/>.

رغم حديث التقرير التفصيلي عن "ضمانات" لأوقات الانتظار، لم يقدم القانون ٣٣ أي ضمانات واضحة. يبدو أن خطة حكومة كيبيك هي اتباع مقارنة المملكة المتحدة في عدم تقديم ضمانات لأوقات الانتظار في القانون ولكنها تضع بالأحرى أهدافا لوقت الانتظار باعتبارها مستهدفات إدارية للمستشفيات واللاعبين الآخرين داخل نظام الرعاية الصحية العام عليهم تحقيقها. وبالتالي، ما زال أهل كيبيك لا يمتلكون حقا قانونيا نوعيا في تلقي العلاج في التوقيت المناسب داخل نظام الرعاية الصحية العام.

ورغم عدم تقديم القانون ٣٣ لحقوق قانونية واضحة للعلاج في التوقيت المناسب، فإنه يقدم عددا من التدابير في محاولة لتحقيق مستهدفات وقت الانتظار.

أنشأ القسم السابع والقسم الثامن من القانون ٣٣ آليات مركزية لإدارة قوائم الانتظار بواسطة المستشفيات في حالات الخدمات المتخصصة وعالية التخصص. يصبح مدير الخدمات المهنية مسئولاً عن ضمان إدارة كل قسم إكلينيكي قوائم الانتظار لديه وفقا لذلك<sup>(٢٦)</sup>. إضافة إلى ذلك، يجب أن يكتب المدير التنفيذي لكل مستشفى تقريراً عن كفاءة الآلية ويرفعه إلى مديري الهيئة<sup>(٢٧)</sup>.

وعند وجود أوقات انتظار طويلة لخدمة من الخدمات الطبية النوعية المتخصصة في منطقة من المناطق، يمنح القانون ٣٣ أيضا السلطة لوزير الصحة أن يتخذ تدابير لتنفيذ إجراءات بديلة لتخفيف الضغط وضمان استمرار مستويات معقولة من الانتظار<sup>(٢٨)</sup>.

---

(26) An Act to amend the Act respecting health services § 7 & 8

(27) M.-C. Premont, Wait Time Guarantee for Health Services: An Analysis of Quebec's Approach (Translation by Bob Chodos and Susan Joanis) Vol. 47 (3) Les Cahiers de Droit, 539 (2006).

(28) An Act to amend the Act respecting health services § 17 (1). -

## حرية اقتصادية محدودة لتخفيف القانون الذي يمنع بيع وشراء تأمين صحي قطاع خاص

يفترض حكم المحكمة في قضية "كاولي" عدم وجود مبرر لحظر التأمين الصحي الخاص في الرعاية الطبية الضرورية. بوضوح لم تقتنع حكومة كيبيك بوجهة نظر أغلبية قضاة المحكمة وبينما يرفع القانون ٣٣ الحظر عن التأمين الصحي الخاص، فهو إنما يفعل ذلك في ثلاثة مجالات فقط (خدمات جراحات الفخذ، والركبة والمياه البيضاء في العين). ولو استطاعت حكومة كيبيك النجاح في تحقيق مستهدفات أوقات الانتظار التي وضعها التقرير التفصيلي فيما يتعلق بخدمات جراحات الفخذ والركبة والمياه البيضاء، فمن غير المرجح أن سوقا ذا وزن قد ينمو للتأمين الصحي القطاع الخاص لتغطية العلاج في هذه المجالات الثلاثة. لماذا تشتري تأميناً صحياً قطاع خاص إذا كان العلاج في التوقيت المناسب داخل نظام الرعاية الصحية العام مضموناً؟

كانت حكومة كيبيك، مع أخذها في الاعتبار فحوى رأي أغلبية القضاة، تستطيع الرد على قرارها في قضية "كاولي" بإعطاء ضمانات لأوقات انتظار عدد قليل من الخدمات وتسمح للتأمين الصحي الخاص بتغطية الخدمات الباقية كلها أو كانت ببساطة تستطيع الرد بالتحريض الاقتصادي لقانون بيع وشراء تغطية تأمينية قطاع خاص دون اتخاذ أي خطوات لتحسين أوقات انتظار المرضى الذين يستخدمون نظام الرعاية الصحية القطاع العام. اختارت الحكومة ألا تفعل ذلك وحررت فقط قانون التأمين الصحي الخاص ولكن "فقط" بالنسبة للخدمات المحدد لها الآن مستهدف لطول وقت الانتظار لا تتخطاه -عمليات الفخذ والركبة ومرض المياه البيضاء في العين- وهكذا استجابت الحكومة لقرار الأغلبية في قضية "كاولي" بمعايير -تبدو لأول وهلة- السماح بدور أعظم للتأمين الصحي الخاص ولكنها قطعت بمهارة الطريق على نمو حقيقي وذو شأن.

شريحة من التأمين الخاص تكون مزدوجة/موازية للتأمين الصحي العام، حيث إنه إذا ما نجحت حكومة كيبيك في تحقيق أهداف أوقات الانتظار لجراحات الفخذ والركبة

والمياه البيضاء فمن ثم لن يتطور تأمين صحي خاص . تُظهر سياسات حكومة كيبيك التي جاءت كاستجابة لقرار المحكمة اختلافا مع رأي أغلبية قضاة المحكمة في قضية "كاولي" بأن التأمين الصحي الخاص سيكون علاجا لمشاكل أوقات الانتظار في نظام الرعاية الصحية العام . بدلا من ذلك كانت استجابة حكومة كيبيك ردا متوازنا؛ يتطلع إلى الاستجابة لمشاكل طول أوقات الانتظار ولكنه يسعى إلى حل المشكلة أولا في سياق تحسين كفاءة نظام الرعاية الصحية العام .

يستهدف القانون ٣٣ أيضا ضمان عدم الدعم المالي ضمينا لخدمات التأمين الصحي الخاص بواسطة نظام التأمين الصحي العام والتأكد من كفاية عدد الأطباء العاملين في نظام الرعاية الصحية العام . وهكذا كل الخدمات المتعلقة بالجراحات أو العلاجات التي يمولها التأمين الصحي الخاص يجب أن تُقدم من خلال مراكز طبية متخصصة يعمل بها فقط أطباء لا يشاركون في أنشطة خطط التأمين الصحي العام (أطباء "مُنْتَقُونَ")<sup>(٢٩)</sup> . وأكثر من ذلك ، أي تأمين خاص مزدوج "يجب أن يغطي كل خدمات الدعم السابق على الجراحة وما بعد الجراحة وإعادة التأهيل والرعاية المنزلية ، وتخضع لأي خصومات معمول بها"<sup>(٣٠)</sup> .

#### دور أكبر لعيادات القطاع الخاص داخل القطاع العام

يضع قانون ٣٣ تصورا لدور أوسع لعيادات القطاع الخاص بمعايير "تقديم" الخدمة بمعنيين ، الأول: توفير طاقات إضافية لنظام التأمين الصحي العام وثانيا: السماح بقليل من زيادة مساحة النافذة الضيقة التي كانت موجودة سلفا لتشغيل شريحة موازية من التأمين الخاص<sup>(٣١)</sup> .

---

(29) An Act to amend the Act respecting health services § 7 & 8.

(30) M. Giguere, Mercer Human Resource Consulting Communiqué : Québec Improves Specialized Access and Provides Limited Private Health Insurance Access, (2007), [/http://www.mercerhr.com](http://www.mercerhr.com)

(31) Premont, supra note 27.



المقصود بالمعنى الأول: توفير طاقات إضافية لنظام التأمين الصحي العام، إن لم يتحقق مستهدف وقت الانتظار المحدد لجرعات الفخذ والركبة والمياه البيضاء، ولهذا ربما يصبح على المستشفى أن يدخل في ترتيبات معينة مع العيادات الخاصة -المصطلح الذي يستعمله القانون ٣٣ هو "العيادات الطبية المشتركة" - لإجراء العلاج. لكن على شريطة أن تكون الأغلبية في ملكية هذه العيادات لأطباء كيبك وألا يستحوذ على أي سهم من أسهمها منتج أو موزع لسلع أو خدمات تتعلق بالصحة، ويحتاجها مريض من مرضى هذه العيادات في أي وقت من الأوقات. أيضا لا تستطيع هذه العيادات الخاصة التي يُدفع لها من المال العام، أن تتلقى أموالا خاصة مقابل خدمات لازمة طبيا ولا تستطيع أن تحدد أسعارا أعلى مما يدفعه المريض عادة في مستشفيات القطاع العام مقابل نفس الخدمة<sup>(٣٢)</sup>.

إضافة إلى العيادات الطبية المشتركة -وهي عيادات خاصة تعمل كامتدادات لمستشفيات قطاع عام ويُدفع لها من المال العام- هناك أيضا الآن اعتراف قانوني بعيادات خاصة أخرى يعمل بها أطباء مُختارون تُمول من المال الخاص؛ إما عن طريق الدفع المباشر من الجيب الشخصي أو التأمين الصحي الخاص من أجل إجراء جراحات الركبة والفخذ والمياه البيضاء. هذه العيادات الخاصة هي قائمة الآن فعلا في كيبك؛ الاختلاف الكبير الوحيد هو الاعتراف القانوني بها وحقيقة أنها تستطيع تلقي تمويل محدود من التأمين الصحي الخاص. ولكن كما ناقشنا مبكرا، إذا ما استطاعت الحكومة تحقيق ضمانات أوقات الانتظار المحددة سلفا لجرعات الفخذ والركبة والمياه البيضاء، لن يكون هناك على الأرجح نمو ذو شأن في سوق التأمين الصحي الخاص وهكذا، من غير المرجح أن ينمو بدرجة ذات مغزى دور للعيادات الممولة بالمال الخاص.

لحد ما وبشكل غريب، التوقعات بدور أعظم "لتقديم" الخدمة الصحية بواسطة القطاع الخاص في كندا، زادت إن لم تتفوق على التوقعات بدور أعظم لتمويل القطاع

---

(32) Giguere, Ibid

الخاص<sup>(33)</sup>. فإذا ما تم حينئذ تمويل عيادات القطاع الخاص بالكامل بواسطة المال العام، فذلك لن يثير أي قلق بشأن الإنصاف. ولكن ما زال هناك الكثير من الجدل حول التأثيرات النسبية لأنواع تقديم الخدمة الصحية من القطاع العام والقطاع الخاص غير الهادف للربح والقطاع الخاص الهادف للربح على أمان وجودة الرعاية المقدمة ولكن الأمر أبعد من أن يكون محسوما بأن التعاقد الخارجي مع العيادات الخاصة، إلخ. وفي السياق الكندي سوف يؤثر سلبيا على جودة الرعاية المقدمة. ورغم أن ذلك لا يقال صراحة في العادة، يثور كثير من القلق حول الأثر الناتج من العيادات الخاصة على أجور وظروف عمل هؤلاء الذين يعملون داخل هذا القطاع وأيضا الأثر الناتج على القوة التفاوضية لتلك البقية الباقية من العاملين داخل مستشفيات القطاع العام.

من المهم جدا ملاحظة أن حكومة كيبيك حتى اليوم تتعهد بأن الأطباء الذين يعملون في القطاع العام يجب أن يكونوا موظفين ١٠٠٪ داخل منظمات القطاع العام ولا يستطيعون أيضا تقديم خدمات ضرورية طبيا في القطاع الخاص. وإذا ما رغب أحد الأطباء في تقديم خدمة علاجية ممولة من المال الخاص - حيث يدفع له بواسطة شركات التأمين القطاع الخاص أو من الجيب الشخصي مباشرة - فمن ثم عليه أن يخرج من العمل في مؤسسته بالقطاع العام والعمل منفردا داخل القطاع الممول بالمال الخاص. وهذا مهم حيث إن ذلك يعود بنا إلى نقطة أسبق وهي أن سوق الرعاية الطبية يتميز بطاقته الاستيعابية المحدودة؛ حيث إنها خدمة غالية الثمن وتستغرق العديد من السنوات لإنتاج وتدريب طبيب مؤهل لتقديم الرعاية الصحية. اشتراط عمل الأطباء فقط للقطاع العام الصحي أو اختيار ممارسة العمل فقط للقطاع الخاص، يجعل من الصعوبة بمكان أن تجد عيادات القطاع الخاص قوة عمل رخيصة مدعومة ماليا من القطاع العام؛ لتقديم الخدمات الصحية الخاصة وهذا بدوره يضمن أن قوة العمل القائمة - التي يتحمل المال العام وحده تكلفة تدريبها بشكل رئيسي - هي قوة مكرسة أوليا للعمل في نظام الرعاية الصحية العام.

---

(33) See, for example, M.-C. Prémont, "Crunch Time for Public Health Care in Quebec", The Toronto Star, Friday, November 17, 2007, at A21.

## برنامج الحركة الديمقراطية لكيبك<sup>(\*)</sup>

شهدت انتخابات مقاطعة كيبك في ٢٠٠٧ صعود الحركة الديمقراطية لكيبك كمعارضة رسمية لحكومة الأقلية الليبرالية. وأثناء جولة الانتخابات، كانت قضايا الرعاية الصحية - وعلى الأخص قضية أوقات الانتظار - مكونا محوريا للبيانات السياسية للأحزاب الثلاثة الكبرى. انتهزت كتلة كيبك والحركة الديمقراطية لكيبك قرار المحكمة في قضية "كاولي" كنافذة للهجوم على مقاربة الليبراليين في سياسات الرعاية الصحية. على الليبراليين الآن، كحكومة أقلية، التفاوض مع أحد الحزبين الآخرين على الأقل من أجل تحقيق سياساتهم<sup>(٣٤)</sup>.

ادعى البرنامج الرسمي لحزب الحركة الديمقراطية في كويبيك أنه "بعد حكم المحكمة العليا أن نظامنا الحالي للرعاية الصحية ينسف كرامة المواطنين، يختار وزير الصحة الحفاظ على النظام كما هو قائم الآن، دون الإمساك بفرصة التغيير التي منحها إياه الحكم في قضية "كاولي"<sup>(٣٥)</sup>. هرول البرنامج الانتخابي أيضا خلف الفكرة الخاطئة بأن كندا تأخذ وضعا مماثلا لكوبا وكوريا الشمالية بمعايير الوضع الاحتكاري لنظام تأمينها الصحي، مهملا الإشارة إلى احتلال كندا بشكل ثابت للمركز الثالث عالميا فيما يتعلق بأهمية تمويل التأمين الخاص لنظامها الصحي!<sup>(٣٦)</sup> بالرجوع إلى التزامات الحركة الديمقراطية في كيبك، أعلن الحزب قائمة بعدد من الوعود الرئيسية تضمنت علاجا في حدود أوقات انتظار معقولة، وإعطاء أولوية لتطوير نظام صحي مختلط حقا، وما هو أكثر أهمية، السماح للأطباء بممارسة عملهم في كل من القطاع العام

---

(\*) Action démocratique du Québec (ADQ)

(٣٤) جاءت نتائج انتخابات مقاطعة كيبك كالتالي: حزب كيبك الليبرالي: 48 مقعدا، والحركة الديمقراطية لكيبك:

41 مقعدا، وحزب أهل كيبك: 36 مقعدا؛ في المجلس الوطني لكيبك، <http://www.assnat.qc.ca/eng/Membres/index.html>

(35) Action démocratique du Québec, Au Québec on passe à l'action (Party Platform, 2007), <http://www.adq.qc.ca/accueil>.

(36) OECD, Health Data, (2005).

والقطاع الخاص.<sup>(37)</sup> تعكس هذه السياسات إما افتقاد الحركة الديمقراطية لكيبيك أو فهمها المحدود لتعقيدات نظم الرعاية الصحية؛ خصوصاً القوى المحركة لتمويل وتقديم الخدمة في كل من القطاعين العام والخاص أو - وهو الأسوأ - دعم الحزب لتوزيع الرعاية الصحية بمزيد من الكرم للأغنياء في تعارض مع هؤلاء الذين يحتاجونها أعظم احتياجاً.

بالتأكيد توجد في استجابة حكومة كيبيك لقضية "كاولي" بذور سوف تسمح بالنمو الفعلي لشريحة قطاع خاص موازية. وكما لاحظت ماري - كلود بريمون ، سوف يكون من السهل بدرجة كافية بالنسبة للحكومة أن تزيد من عدد الخدمات التي يغطيها التأمين الصحي الخاص . تخشى بريمون أيضاً من أن تمويل القطاع العام للعيادات المجمعة والاعتراف القانوني الرسمي بالعيادات الممولة بالقطاع الخاص سوف يصبح منحدر الهبوط؛ الذي سوف يهوى بكيبيك إلى نظام الشريحتين العامة والخاصة.<sup>(38)</sup>

في ٢٥ مايو ٢٠٠٧ ، عينت حكومة كيبيك مجموعة عمل لفحص بدائل التمويل العام لنظام الرعاية الصحية في المقاطعة . ترأس المجموعة كلود كاستونجواي ، الوزير الليبرالي السابق . كانت السيدة جوان ماركوت ، ممثلة للحركة الديمقراطية ، وميشيل فن ، ممثلة لحزب أهل كيبيك . خرجت مجموعة كاستونجواي بتوصيات أقوى لتمويل وتقديم الرعاية الصحية بواسطة القطاع الخاص<sup>(39)</sup> وقد أوصت ، فيما يتعلق بالإعلان السياسي للحركة الديمقراطية في كيبيك ، بأن يُسمح للأطباء بالعمل للقطاع العام وزيادة دخلهم بالعمل في القطاع الخاص . كان أهل كيبيك يعتبرون كاستونجواي

---

(37) Action démocratique du Québec, Au Québec on passe à l'action (Party Platform, 2007), <http://www.adq.qc.ca/accueil>.

(38) Premont, supra note 27 at 23

(39) "s Worth Getting our Money" Task Force on the Funding of Health System, Government of Quebec, 2007), available at <http://www.financementsante.gouv.qc.ca/>; City, The Toronto Star, June , "Quebec set to pry lid off medicare", [groupe/index.asp](http://www.thestar.com/printArticle/221191); Hebert/en available at <http://www.thestar.com/printArticle/221191>, 2007,04.

فيما سبق أبا للرعاية الطبية (Medicare) هناك ، ولكنه حدث تحول في أفكاره وأصبح معروفا الآن بأنه المحامي الذي يدافع عن مزيد من خصخصة تمويل وتقديم الرعاية الطبية. ومع التسليم بدوره القيادي الذي يلعبه في الحياة السياسية في كيبيك ، إضافة إلى رغبته السياسية في الخروج باقتراحات مقبولة للحركة الديمقراطية في كيبيك ، ربما يعتقد المرء أن اللجنة سوف تمتلك تأثيرا قويا بعيد المدى على السياسات العامة. ومع ذلك رفضت الحكومة الليبرالية بشكل واسع تقرير لجنة كاستنجاوي ، خصوصا توصياتها السماح ، للأطباء بتلقي أجورهم من نظام القطاع العام وممارسة العمل الخاص إلى جانب ذلك. مضى وزير الصحة والخدمات الاجتماعية فيليب كوبيار إلى مدى أبعد بتصريحه أن ”المقترح بالصورة التي عرضها التقرير من الصعب تنفيذه بل ويستحق الانتقاد...“ ، نعتقد أن من الصعب تطبيق مثل هذا الإجراء وأيضا محل انتقاد...“<sup>(40)</sup>

### الحق في الرعاية الصحية

يؤمن الكنديون غالبا بأن لهم حقوقا في التمويل العام للرعاية الصحية، وأن ”القانون الصحي الكندي“ هو مصدر هذه الحقوق. ولكنهم مخطئون. ويضع التشريع الفيدرالي، ”قانون الصحة الكندي (CHA)“، معايير وشروطا في ظلها تتدفق الأموال الفيدرالية إلى المقاطعات دعما لخطط التأمين الصحي التي تطبقها كل مقاطعة. يطلب قانون الصحة الكندي فعليا من المقاطعات أن توفر التغطية بأول دولار لكل الخدمات ”الضرورية طبيا“ التي تقدمها المستشفيات والأطباء؛ ولكن ذلك لا يقيم حقوقا ”مستقلة“ للكنديين في العلاج الذي يقدمه القطاع العام. ويعود ذلك بشكل واسع لإرادة الحكومة الفيدرالية أن تختار تنفيذ بنود قانون الصحة الكندي أم لا.

توفر بعض المقاطعات في تشريعاتها ”حقوقا“ في الرعاية الصحية، ولكنها عادة ما تفقر للمضمون، حيث إنها حقوق ”للخدمات التأمينية“ أو للخدمات ”اللازمة طبيا“،

---

(40) R. Dutrisac, "Couillard did not!", Le Devoir, February 20, 2008, available at <http://www.ledevoir.com/2008/02/20/176941.html>.

تاركة الاختيار للهيئات الحكومية لتحديد ما هو "التأميني" أو ما هو "الضروري طبيًا"<sup>(٤١)</sup>. وإذا لم تكن في هذا التشريع حقوق معينة بالتحديد في الرعاية الصحية المقدمة في توقيتها المناسب، يصبح في الإمكان رغم ذلك الرجوع إلى مصدرها في الدستور. ومع ذلك، رغم أن بعض الأكاديميين يعتقدون أن هناك مجالاً داخل القسم السابع من "الميثاق" تنبع منه حقوق في الرعاية الصحية الممولة من المال العام، أي حقوق إيجابية<sup>(٤٢)</sup>، لم تبد المحكمة العليا استعداداً لتكتشف مثل هذه الحقوق، ولو حتى على سبيل المثال في حالة العقاقير التي تنفذ الحياة<sup>(٤٣)</sup>. ومع ذلك، حيثما تتكفل أي حكومة بتقديم بعض أشكال الرعاية الممولة بالمال العام، قد يصبح مطلوباً من هذه الحكومة أن تتبع القسم الخامس عشر من "الميثاق" لتقدم هذه الرعاية دون تمييز<sup>(٤٤)</sup>. وهكذا، على سبيل المثال، في حالة "إلدريدج"<sup>(٤٥)</sup>، اعتبرت المحكمة العليا، رفض حكومة كولومبيا البريطانية تمويل خدمات الترجمة لمن يعاني من ضعف السمع داخل المستشفيات، تمييزاً ومناقضاً للقسم الخامس عشر من "الميثاق". كان المنطق وراء هذا هو أنه من أجل الحصول على نفس الرعاية اللازمة طبيًا داخل المستشفى يستطيع الأشخاص الذين يعانون من متاعب السمع الحصول على الرعاية على نفقة

---

(٤١) مثلاً، بنود 5 و6 و13 من قانون "احترام الخدمات الصحية والاجتماعية في كيبيك" تنص بوضوح على أن لكل فرد الحق في الخدمات التأمينية الضرورية طبيًا - لكنها كلها تلتف حول تعريف "الضرورية طبيًا" والعملية التي تصبح من خلالها في وضع تعتبر به خاضعة للتأمين القطاع العام. عموماً انظر:

C. M. Flood (ed.), *Just Medicare: What's In, What's Out, How We Decide* (Toronto: University of Toronto Press, 2006).

(42) M. Jackman, *The Implications of Section 7 of the Charter for Health Care Spending in Canada*, Commission on the Future of Health Care in Canada, Discussion paper 31 (2002).

(43) *Brown v. British Columbia (Minister of Health)*, (1990) 42 B.C.L.R. (2d) 294

(44) Section 15: (1) Every individual is equal before and under the law and has the right to the equal protection and equal benefit of the law without discrimination and, in particular, without discrimination based on race, national or ethnic origin, colour, religion, sex, age or mental or physical disability. (2) Subsection (1) does not preclude any law, program or activity that has as its object the amelioration of conditions of disadvantaged individuals or groups including those that are disadvantaged because of race, national or ethnic origin, colour, religion, sex, age or mental or physical disability; Part 1 of the Constitution Act, 1982, Schedule B to the Canada Act 1982, c. 11 (U.K.).

(45) *Eldridge v. British Columbia (Attorney General)*, [1997] 3 S.C.R. 624

الحكومة ولهذا تصبح خدمات الترجمة مطلوبة<sup>(٤٦)</sup>. إلا أن النجاح فيما يتعلق بمطالبات القسم الخامس عشر في الرعاية الصحية كان نجاحا محدودا. على سبيل المثال، في "أوتون"<sup>(٤٧)</sup> رفضت المحكمة العليا القضية التي رفعها آباء أطفال صم من أجل تمويل علاج "لوفاس" وفي "كاميرون"<sup>(٤٨)</sup>، لم ينجح زوجان عقيمان في كسب قضية من أجل تمويل عملية طفل أنابيب.

كانت قضية "كاولي" تحديا مستقرا في القسم السابع من "الميثاق" ينص على الحق في الحياة والحق في الحرية والأمن للأشخاص. لم يحاول تطبيق هذا النص أن يدافع عن الحق الإيجابي في العلاج في التوقيت المناسب داخل نظام الرعاية الصحية العام الذي ينتفع به كل الكنديين. بل دافع الذين قاموا بتطبيقه عن أنه مع العلم بوجود أوقات انتظار طويلة، لا تستطيع الحكومة منع الأفراد من شراء تأمين صحي خاص. كانت مطالب المدعين فعليا هي المطالبة بحق "سلبي"؛ الحق في ألا تقف في طريقهم سياسة حكومية. كانت قضية كاولي هي المرة الأولى فيها قضية على هذا المنوال أمام المحكمة العليا الكندية، منذ قضية مورجنتالر - القضية التي تناولت القيود والموانع الحكومية على الإجهاض - والتي ينجح فيها القسم السابع فيما يتعلق بالرعاية الصحية أمام المحكمة العليا الكندية. وخلق القرار في قضية "كاولي" عددا من التحديات "للميثاق" سوف نناقشها فيما بعد.

### التقاضي في الصحة كحق: جولة عبر البلد

فيما تبقى، سوف نفحص باختصار ثلاثة أنواع من آخر التحديات التي تواجه نظام الرعاية الصحية الكندي: يطالب "الميثاق" بقدرة أعظم على الوصول إلى الرعاية

---

(46) Cameron v. Nova Scotia (Attorney General), (1999) D.L.R. (4th) 6 (C.A.); Brown v. British Columbia (Minister of Health), (1990) 42 B.C.L.R. (2d) 294; Auton (Guardian ad litem of) v. British Columbia (Attorney General), (2004) SCC 8.

(47) Auton, (2004) SCC 8

(48) Cameron, (1999) D.L.R. (4th) 6 (C.A.); Brown, (1990) 42 B.C.L.R. (2d).

الصحية الممولة بالمال العام؛ وينادي بقانون خاص ، وعلى الأخص تحرك طبقي عند التقصير ، وهو ما قد يعطي فرصة أعظم في تحسين الأداء الكلي لنظام الرعاية الصحية لكل الكنديين أكثر من أي مزاعم تنادي بقانون دستوري مع الأخذ في الاعتبار المقاربة الحالية للمحكمة العليا نحو الحقوق الإيجابية الواردة بالقسم السابع .

ميثاق يطالب بقدرة أفضل للوصول إلى المنافع العامة

نشأت مجموعة من التحديات التي أثارها قضية "كاولي" تقف في وجه الحقوق الإيجابية وفي وجه الوصول إلى الرعاية الصحية الممولة بالمال العام . وللمفارقة الحكم الصادر في قضية "كاولي" ، وهي القضية التي سبحت بحمد التأمين الصحي الخاص ، ألهمت المطالب بتغطية أفضل للقطاع العام . نناقش هنا واحدة من القضايا ، قضية "فلورا" المرفوعة على نظام التأمين الصحي في أونتاريو<sup>(49)</sup>.

شخص الأطباء في ١٩٩٩ مرض السيد "أدولفو إيه فلورا" وهو مدرس بمدرسة ثانوية في تورنتو على أنه سرطان الكبد . بعد استشارة أطباء أونتاريو ، ظهر أن السيد فلورا غير لائق لإجراء عملية زراعة كبد ، وقدرّوا أنه لم يتبق له سوى ستة أشهر من الحياة . رفض السيد فلورا الاستسلام لهذا المصير ، وبدأ في استكشاف بدائل . في مارس عام ٢٠٠٠ وقبل عيد ميلاده الواحد والخمسين بشهر لجأ فلورا لمستشفى "كرومويل" في لندن بإنجلترا ، حيث أجريت له عملية كي كيماوي للأوعية الدموية داخل الكبد وكذلك وجد إمكانية للحصول على كبد أحد المتبرعين ، وهو ما قد يكلفه ٤٥٠ ألف دولار . يتضمن العلاج استئصال جزء من كبد المتبرع الحي .

فيما بعد ، سعى السيد فلورا إلى تحميل التأمين الصحي في أونتاريو تكلفة علاجه في لندن<sup>(50)</sup> . رفض التأمين الصحي في أونتاريو هذا الطلب بناء على أن العلاج ، بناء

(49) Flora v. Ontario Health Insurance Plan, (2007) CanLII 339 (ON S.C.D.C).

(50) s. 28.4(2) of Ontario Regulation 552 of the Health Insurance Act, R.S.O., c. H.6 (1990) ("HIA").



على اللائحة التنفيذية، لم يكن معترفاً به عموماً في أونتاريو كعلاج مناسب وصحيح لشخص في نفس الظروف الصحية<sup>(٥١)</sup>. فيما بعد، طالب السيد فلورا بمراجعة الحكم بواسطة هيئة مراجعة واستئناف الخدمات الصحية (the Board). في نوفمبر ٢٠٠٢، أيدت الهيئة قرار التأمين الصحي في أونتاريو ورفضت قضيتهم. واستأنف فلورا بدوره قرار الهيئة أمام محكمة أونتاريو العليا. أجزاء قضية فلورا التي تتعلق بمناقشتنا هنا تتصل بما إذا كانت اللوائح التنفيذية المطبقة في حالته يجب أن تسقط بوصفها لا تتوافق مع "الميثاق" أم لا<sup>(٥٢)</sup>.

يفيد القسم السابع من الميثاق بأن "لكل فرد الحق في الحياة، والحرية والأمن الشخصي والحق في ألا يُحرم من ذلك إلا في حالة التوافق مع مبادئ العدالة الجوهرية". ايشتاين جيه، مستنداً إلى قضية جوسلين ضد النائب العام لكيبك<sup>(٥٣)</sup>، يضع العناصر الثلاثة المطلوبة:

(١) يجب أن تؤثر تلك اللائحة التنفيذية على إحدى المصالح المصونة للفرد (أي حياته وحرية وأمنه الشخصي).

(٢) أن تصل اللائحة التنفيذية إلى مستوى حرمان تمارسه الدولة.

(٣) إذا وجد مثل هذا الحرمان، يجب ألا يكون ذلك متوافقاً مع مبادئ العدالة الجوهرية.

تداعت قضية السيد فلورا في الجزء الثاني من اختبار القسم السابع، إظهار أن ذلك يمثل حرماناً تمارسه الدولة. وحجة السيد فلورا كانت هي أن حكومة أونتاريو،

---

(٥١) وُجد أن حالة السيد فلورا تتوافق مع معايير ميلانو. استخدم المحامون معايير ميلانو لتحديد أحقية السيد فلورا لعملية زراعة كبد من متبرع حي واستخدمها كذلك أطباء أونتاريو في قضايا متعلقة بزراعة كبد حي. والمعايير هي: ١- ورم وحيد نصف قطره أقل من 5 سم؛ 2- عدة أورام، أقل من ثلاثة في العدد، بنصف قطر لا يتجاوز 3 سم؛ 3- عدم وجود دليل على انتشار في الأوعية الدموية أو دليل على انتشار خارج الكبد.

(52) Flora, 22 CanLII 339, (ON S.C.D.C.) (2007).

(53) Gosselin v. Quebec (Attorney General), (2002) 4 S.C.R.

بإقرارها ملحق ١٩٩٣ في اللائحة المذكورة ، ضيقت الظروف التي يتعتبر فيها العلاج خارج البلاد خدمة يغطيها التأمين الصحي ، وبهذا يمكن تمويلها من المال العام . ادعى فلورا أن ذلك يرقى فعليا إلى أن يكون تقييدا لمنفعة كانت متاحة في زمن يسبق هذا الملحق الذي نتج عنه انتهاك للقسم السابع . ورفض ايشتاين جيه هذا الادعاء وميز الحقائق في هذه القضية عن حقائق قضية "كاولي" ، ملاحظا أن القضية الأخيرة تناولت حظرا حكوميا على التأمين الصحي الخاص ، وهو ما يزعم أنه مثل حرمانا للفرد من فرصة تجنب تأجيل في الحصول على العلاج قد يهدد حياته . إلا أنه في حالة فلورا ، لم تتخذ الحكومة مثل هذا الإجراء ، حيث إن اللائحة محل النظر لم تقيد الفرد بأي طريقة من تأمين الرعاية الصحية الممنوحة له أو ترتيب علاج لحالته في الأسواق الخاصة<sup>(54)</sup> . ورغم أن قضية كاولي تتناول الحق في أن تكون حرا من التدخل الحكومي عند شراء التأمين الخاص -حقا سلبيا- فإنها تؤسس الصلة بين الحرمان من أشكال ضروريات الحياة الأساسية والحقوق الجوهرية . وجادل لورنس وسان بأن قضية كاولي ذاتها تبدو قضية رجعية في حمايتها فقط لحقوق أولئك المستحقين والذين يطبقون تحمل تكلفة شراء تأمين صحي خاص ، إلا أنها رغم ذلك قد تكون مفيدة في كونها تلعب دور الوسيط الذي ييسر تغييرا تقدميا<sup>(55)</sup> . افترضت قضية "فلورا" أن قضية كاولي لا تمتلك التأثير الذي يأمله سوسان وآخرون - على الأقل ليس بعد - ويجب أن ننتظر قضية أكثر تأثيرا ؛ لننظر ما إذا كان القسم السابع سوف يتطور أصلا لاحتضان الحق في تمويل العلاج المطلوب من المال العام .

مطالبات بقدرة أكبر في الحصول على الرعاية الخاصة:

إضافة إلى المطالبات بتمويل العلاج من المال العام ، هناك العديد من القضايا تنتظر حكما على شاكلة الحكم في قضية "كاولي" تتحدى القيود المفروضة على استخدام التأمين الصحي الخاص ومشاكلها أكثر تعقيدا ، وتتحدى قوانين أخرى تحمي نظام

---

(54) Flora, 174 (2007) CanLII 339, (ON S.C.D.C).

(55) C. M. Flood et al, Access to Care, supra note 5

الرعاية الصحية القطاع العام من الآثار السيئة لوجود منظومة قطاع خاص موازية مثل القانون الذي يحظر على الأطباء المتعاقدين مع "الميديكير" العمل الخاص في الحالات ذات الضرورة الطبية. وحظوظ هذه القضايا في النجاح أعلى كثيرا جدا من حظوظ قضية مثل قضية فلورا الذي يطالب بتمويل المال العام لحالته؛ حيث إن هذه القضايا تعتمد مباشرة على سابقة الحكم في قضية "كاولي" في مقابل حقوق الوصول إلى أسواق التأمين الصحي الخاص. ولو نجحت هذه الجهود سيكون لهذه التحديات تبعات عميقة على مستقبل السياسة الصحية في كندا. سوف نناقش قضيتين جارييتين عبر محاكم ألبرتا وأونتاريو.

#### وليام موراي وآخرون ضد الملكة وآخرين

هذا التحدي الناشئ في ألبرتا يدور حول وليام موراي البالغ من العمر ٥٧ عاما، والذي شخّصه الأطباء كحالة "فصال عظمي" (osteoarthritis) شديدة في مفصل فخذه الأيسر، وهو ما يتطلب إما عملية استبدال كامل أو جزئي للمفصل. وطلب السيد موراي الحل الثاني؛ لأنه يتضمن استئصالا لجزء أقل من العظام. وقبل طلب السيد موراي بالرفض؛ لأنه طبقا لسياسة منطقة كالجاري الصحية (Calgary Health Region) يجب إجراء العملية الجراحية لمن هم أقل من ٥٥ عاما فقط.

وطبقا لما هو وارد بنص القضية، لجأ السيد موراي إلى إجراء الجراحة الجراحية في مركز جراحي خاص (Health Resource Centre). ويقال إن المركز الجراحي وافق على إجراء الجراحة في البداية ثم قام بإلغائها بسبب الضغوط التي تعرض لها من منطقة كالجاري الصحية. وبعد عدة تعقيدات في الموقف، سافر السيد موراي أخيرا إلى كيبيك؛ ليجري العملية هناك، بنفقات تجاوزت ٢٢ ألف دولار.

ربط نص القضية بين خطين من الحجج، أولهما: وهو مماثل لمنطق قضية "كاولي"، يسعى للحصول على قدرة أعظم على الوصول إلى العلاج الخاص، وثانيهما: وهو مماثل لقضية "إلدريدج وأوتون"، يسعى لضمان عدالة أعظم "داخل" تقديم خدمات نظام الرعاية الصحية العام.

خط الدفاع الأول هو أن قانون التأمين الصحي في ألبرتا<sup>(56)</sup> يحظر تقديم تأمين صحي تجاري للخدمات الصحية الأساسية لسكان ألبرتا الذين يتمتعون بتغطية صحية قطاع عام. الادعاء هو أن ذلك يمنع السكان فعليا من الحصول على رعاية صحية خارج النظام الذي تديره الحكومة. تدعي القضية أن نقص التغطية ورفض تقديم الخدمة (الجراحة الجزئية) من قبل منطقة كالجاري الصحية، يرتقي إلى خرق للقسم السابع من ميثاق "الحقوق والحريات" الكندي للحد الذي يحرم السيد موراي من حقه الشخصي في الحياة والحرية والأمن وبطريقة لا تتوافق مع مبادئ العدالة الجوهرية. ومع ذلك، لا يتحدى نص القضية فقط القانون المحدد الذي يحظر التأمين الصحي الخاص ولكن النص يسعى أيضا إلى إعلان أن كل بنود هذا القانون التي تخلق "احتكرا فعليا" يجب إعلان أنها غير دستورية وغير ملزمة وغير ذات أثر.

يقوم خط الدفاع الثاني على أساس مزيد العدالة "داخل" نظام الرعاية الصحية العام وخصوصا عدالة القرار بتحديد الحصول على "جراحة الاستبدال الجزئي للمفصل" بناء على السن.

وفي هذا المقام، استند الدفاع على القسم الخامس عشر من "الميثاق" الكندي، حماية متساوية ومنفعة متساوية من القانون دون تمييز بسبب السن، والادعاء بأن مثل هذه الحقوق قد خُرقت بوضع حدود سن عند إجراء جراحة استبدال جزئي للمفصل داخل نظام الرعاية الصحية القطاع العام.

وهذه القضية مثيرة على نحو خاص؛ حيث إن المتقاضين يصورون حدود السن لإجراء جراحة الاستبدال الجزئي لمفصل الفخذ على أنه معيار وضعت السلطات الصحية بينما هو في الواقع معيار طورته جمعية جراحي عظام ألبرتا كدليل استرشادي إكلينيكي، ولهذا السبب لم يتمكن السيد موراي من إجراء الجراحة حتى في مركز جراحة خاص. تسري الأدلة الاسترشادية الإكلينيكية سواء جرى العلاج في منشأة

---

(56) Alberta Health Care Insurance Act, R.S.A. 2000 c. A-20

قطاع عام أم خاص . فإذا كان قرار الحكومة أو أي هيئة حكومية هو عدم تغطية الجراحة الجزئية لمفصل الفخذ بالتأمين الصحي لمن هم أعلى من ٥٥ عاماً، أي أنه غير لازم طبياً، فمن ثم لن يكون هناك سبب معقول في النموذج الكندي يفسر لماذا لا تُجرى مثل هذه الجراحة في القطاع الخاص . بكلمات أخرى، سوف يكون أصعب للمتقدم بطلب الحصول على الخدمة أن يزحزح موقفه إذا ما ثبت أن حد السن ناتج عن معيار إكلينيكي وليس قراراً يستهدف تخصيص الموارد . كما أن قضية موراي مثيرة للاهتمام في أن طلب المدعين الأولي بإعلان إسقاط كل البنود التي تخلق "احتكاراً فعلياً" وإعلان أنها غير دستورية هو طلب عريض جداً فعلاً . وحيث إن القضية ما زالت جارية، علينا أن ننتظر لنرى ما إذا كان سوف يسقط المتقاضون القانون الذي يمنع الأطباء من العمل في نفس الوقت في كل من القطاع العام والخاص وهو - كما ناقشناه سابقاً - جزء حاسم من التشريع الذي يحمي تكامل النظام الصحي العام .

#### قضية ماكريث وهولمز ضد حكومة أونتاريو

قضية أخرى مماثلة ومنظورة أمام المحاكم هي قضية السيد ماكريث والأنسة هولمز اللذين يواجهان إطار العمل المنظم للقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية الخاصة في أونتاريو حيث يدعيان أن هذه اللوائح تكاد تعرض حياتهما للخطر .

نص القضية مُسجل في محكمة العدل العليا بتاريخ الخامس من سبتمبر ٢٠٠٧ وخرج النزاع إلى العلن بوصفها قضية تهم الرأي العام . يدعي المتقاضيان أنه في الثاني من يناير ٢٠٠٦، بدأ السيد ماكريث يعاني نوبات تشنج وشخصه الأطباء على أنه ورم بالمخ . وأسس الإخصائي تشخيصه للورم على أنه ورم حميد بناء على أشعة مقطعية ورفض الأمر بعمل أشعة بالرنين المغناطيسي (MRI) . طلب طبيب الأسرة الذي يتبعه السيد ماكريث إجراء أشعة الرنين المغناطيسي ولكنهم أخبروه أن عليه الانتظار لمدة أربعة أشهر . ونتيجة لطول وقت الانتظار، سجلت الأسرة نفسها في شركة خدمات البدائل الطبية السريعة Timely Medical Alternatives Inc؛ ومقرها فانكوفر، وهي شركة غرضها الأول مساعدة المرضى في الحصول على خدمات طبية خاصة .

وربتت الشركة إجراء الرنين المغناطيسي للسيد ماكريث في مدينة بافلو بنيويورك ، وأكد الرنين المغناطيسي أن ورم المخ هو في الواقع ورم خبيث ، لذلك أحال طبيب الأسرة السيد ماكريث إلى أحد الإخصائيين الآخرين؛ الذي أكد تشخيص بافالو . ثم أحال هذا الإخصائي السيد ماكريث إلى جراح أعصاب ، ولكن إجراء الجراحة لم يكن متوافرا إلا بعد انتظار ثلاثة أشهر . ذهب السيد ماكريث معتمدا على مدخراته مرة أخرى إلى بافالو لاستئصال الورم الذي شخصوه له على أنه ورم من الدرجة الثانية (grade II astrocytoma) .

فيما يتعلق بالآنسة هولمز ، ورد بنص الدعوى أنها تعاني منذ زمن من مشاكل بالغدد الهرمونية وبدأت معه معاناة من الصداع وعيوب في الإبصار من مارس ٢٠٠٥ . حاول طبيب الأسرة الخاص بها إحالتها إلى طبيب أعصاب وطبيب غدد هرمونية . واجهت الآنسة هولمز ، مثلما واجه السيد ماكريث ، أوقات انتظار طويلة حتى يتم فحص وتقييم حالتها: ما يزيد على أربعة أشهر لزيارة إخصائي الأعصاب وما يزيد على ستة أشهر لزيارة إخصائي الغدد الهرمونية . استطاعت إجراء فحص بالرنين المغناطيسي في السادس من مايو عام ٢٠٠٥ ، أظهر ورما قطره نحو ٨-٩ ملمترات يقع بين تقاطع العصب البصري والغدة النخامية . اختبر المجال البصري الذي أجراه أحد فنيي قياس البصر أشار إلى فقدان للإبصار بدرجة محسوسة في كلا العينين . ورغم كل هذه الأعراض ، لم تستطع الآنسة هولمز زيارة أي من الإخصائيين الاثنين المطلوبين لها ، وبالتالي بدأت في البحث عن مشورة طبية خارج النظام الصحي الكندي من أجل علاج حالتها . استطاعت الحصول على تقييم حالتها طبيا في مايو كLINIC بولاية أريزونا حيث أخبرها الإخصائيون أن الأعراض التي تعاني منها ناتجة عن كيس ليفي مملوء بسائل بالقرب من الغدة النخامية (Rathke's cleft cyst) يضغط على تقاطع العصب البصري أكثر من كونه ورما . عادت الآنسة هولمز إلى أونتاريو بهذا التشخيص وأخبروها أنها سوف تمر بمزيد من الفحوصات والاستشارات مع إخصائي أعصاب . قررت الآنسة هولمز ، وهي تواجه خطر فقد إبصارها بل وربما خطر الموت ذاته ، العودة إلى أريزونا لاستئصال هذا الكيس في الأول من أغسطس ٢٠٠٥ .

وحتى تاريخه، يرفض التأمين الصحي في أونتاريو الطلب الذي تقدم به السيد ماكريث لسداد نفقات علاجه على أرضية أنه لم يحصل على إذن مسبق كما تقضي التعليمات واللوائح، قبل تلقيه علاجاً في الخارج. وكذلك رفض التأمين الصحي طلب الأنسة هولمز تسديد نفقات خدمات العلاج التي حصلت عليها خارج البلاد؛ لأن جراح الأعصاب في أونتاريو لم يوص بالعلاج السابق على الجراحة التي أجريت لها.

وفي تحد كاسح لنظام الرعاية الطبية العام (medicare)، يدعي السيد ماكريث والأنسة هولمز أن الأقسام ١٤(١) و ١٤(٢) و ١٥(١) و ١٥(٢) و ١٥(١) و ١٥(٢) من قانون التأمين الصحي<sup>(٥٧)</sup> والقسميان ١٠(١) و ١٠(٣) من قانون الالتزام بمستقبل الرعاية الطبية عام ٢٠٠٤<sup>(٥٨)</sup> والقسميان ٣(٣) و ٣(١) من قانون المنشآت الصحية المستقلة<sup>(٥٩)</sup>، كل هذه الأقسام تنتهك الحق في حياة وأمن الأشخاص كما يضمنه القسم السابع من الميثاق الكندي. يحظر القسمان ١٤(١) و ١٤(٢) من قانون التأمين الصحي شراء تأمين خاص على أي خدمة يغطيها نظام التأمين الصحي العام في أونتاريو، بينما يطلب القسم ١٥، ١ من الأطباء تقديم فواتيرهم عن أي خدمات يغطيها التأمين إلى الهيئة مباشرة<sup>(٦٠)</sup>. يحظر القسم العاشر (١) من "قانون الالتزام بمستقبل الميديكير" على الأطباء فرض أو قبول مبالغ أو أي منافع أخرى أكثر من المقدار الذي حدده برنامج التأمين الصحي في أونتاريو (OHIP). القسم العاشر (٣) من القانون يتطلب أن يتقاضى الأطباء فقط ما يدفع مقابل الخدمات المؤمن عليها من مستشفى عام أو كما تحدده اللوائح التنظيمية في "الظروف الموصوفة وفي الحالات الموصوفة"<sup>(٦١)</sup>.

---

(57) Health Insurance Act, R.S.O. 1990, c. H.6.

(58) Commitment to the Future of Medicare Act, S.O 2004, c.5

(59) Independent Health Facilities, R.S.O. 1990 c.H.6

(60) Health Insurance Act, R.S.O. 1990, c. H.6.

(61) Commitment to the Future of Medicare Act, S.O 2004, c. 5

سوف تكون حجة المطالبين بالحق هو أن حظر الفواتير المباشرة، والفواتير الزائدة، والتأمين الصحي الخاص ومراكز أشعة الرنين المغناطيسي غير منسجم مع القسم السابع من الميثاق، بل والأكثر لا يمكن تبرير مشروعيته طبقاً للقسم الأول من الميثاق. ومن حيث الجوهر فحجة المطالبين هي عدم وجود صلة عقلانية بين الحظر وبين المستهدف السياسي، مما يجعل هذه اللوائح التنظيمية تعسفية وضد مبادئ العدالة الجوهرية. استخدم السيد ماكريث والآنسة هولمز حجة أن هذه البنود تنكر على سكان أونتاريو سبل الوصول إلى الخدمات الطبية التي لا غنى عنها في التوقيت المناسب، وتتسبب في معاناة نفسية وبدنية لا لزوم لها، وتزيد من خطر حدوث مضاعفات وضرر مستديم والوفاة.

تشير هذه الدعوى العديد من القضايا. وقد أثارت الحقائق كما نشرتها وسائل الإعلام مسألة هل من الممكن أم لا رفع دعوى في القانون الخاص (سوء الممارسة الطبية) ضد إخصائي قرر أولياً أن السيد ماكريث لا يستحق أولوية في العلاج؟ وهل يجب أم لا إحالة هذا المريض إلى جراح بقائمة انتظار أقصر أو اختراق طابور جراح الأعصاب المحال إليه مع العلم بطبيعة حالته. وبالمثل، مع العلم بالاحتمال الوشيك لفقد نور العين؛ على المرء أن يتشكك في قرار جراح أعصاب الآنسة هولمز عدم وضع أولوية لرعايتها. ولو أن هذه التصرفات الخاصة تطلق مزيداً من الأسئلة المثارة حول هل ستكون الحجة التي يدافع بها هؤلاء الأطباء المتورطون في هذه الحالات عن مواقفهم هي محدودية الموارد. والقضية الأخرى ذات الأهمية هي تحدي القانون في أونتاريو - الملحق الأخير - الذي يحظر على معظم الأطباء تقديم الخدمات الطبية الضرورية في القطاع الخاص - القسم العاشر (٣) من قانون الالتزام بمستقبل الميديكير - وهذا القانون يمضي لأكثر مما تمضي إليه القوانين في المقاطعات الأخرى التي تطلب من الأطباء إما أن يكونوا داخل القطاع العام أو خارجه؛ فالقانون في أونتاريو يجند الأطباء فعلياً في الخدمة العامة. والمقاطعات الأخرى ببساطة تجعل العمل في القطاع الخاص أقل ربحية أو تعيق إمكانية بيع وشراء خطط تأمين صحي خاص للرعاية الطبية الضرورية. ربما مرت حكومة أونتاريو بأوقات أصعب لمواجهة هذا التحدي؛



لأنه بالضبط كما في قضية حظر التأمين الصحي الخاص لن يكون ممكناً الذهاب إلى المحكمة والإشارة إلى أن البلدان الأخرى تتبنى نفس التدابير. ومع العلم بذلك سوف يكون على حكومة أونتاريو أن تقدم دليلاً مؤثراً على أن هذا البند ضروري لحماية نظام الرعاية الصحية العام.

### التقاضي من أجل تحسين نظام الرعاية الصحية العام

الدعوى من أجل رعاية صحية محسنة: سبل الوصول، الجودة، التوقيت السليم، المستندة على أسس لها في الميثاق لم تكن ناجحة بشكل واسع، وإذا نجحت فقد أتى ذلك عموماً في سياق دعاوى القسم الخامس عشر من الميثاق الذي يناهز بالمساواة في العلاج مع احترام البرامج الحكومية القائمة مثلاً، دعوى إلدريدج من أجل توفير خدمات الترجمة للصم حتى يستطيعوا الوصول إلى نفس خدمات المستشفى والأطباء التي تتوافر لمن لا يعانون من إعاقات سمعية. لم ترتق فلسفة التشريع في الميثاق إلى توفير أي حق مستقل في رعاية صحية ممولة بالتمويل العام. وفي سياق ميثاق مقاطعة كيبيك، تزودنا قضية كاولي بالحق في شراء تأمين صحي خاص، ولكنها لم تقدم شيئاً لمساعدة هؤلاء الذين لا يستطيعون تحمل نفقة أو الذين لا يستطيعون شراء تأمين صحي خاص. أكثر من ذلك، لو "خرج" أناس أكثر إلى القطاع الخاص سوف تبقى أصوات أقل تحافظ على مستويات أعلى من الرعاية الصحية العامة. وهكذا أحكام مثل القرار في قضية كاولي سوف تؤدي -على المدى الطويل- إلى مزيد من تدهور مستوى نظام الرعاية الصحية العام.

في غياب استخدام الميثاق كأداة لتحسين القابلية للمحاسبة العامة في نظام الرعاية الصحية العام، ما هي الخيارات الأخرى بمعايير الدعاوى القضائية؟ وفي وقت مبكر قدم أحدنا حجة بأن دوراً أكبر للقانون الإداري سوف يساعد في تحسين القابلية العامة لمحاسبة نظام الرعاية الصحية العام<sup>(62)</sup>.

(62) Colleen M. Flood, "Just Medicare: The Role of Canadian Courts in Determining Health Care Rights and Access", J. of Law, Medicine & Ethics, (2005) 4, p. 669-680.

على سبيل المثال ، قضية كيبيك لشتاين ضد حكم من التأمين الطبي - كيبيك (Regie de l'Assurance-maladie)<sup>(٦٣)</sup> وجدت المحكمة أن الواجب هو إعطاء مزيد من الاحترام لقرارات تخصيص الموارد في الرعاية الصحية التي يتخذها مديرو العموم ولكن رغم ذلك الاكتشاف فإن سلطات التأمين في كيبيك قد كانت "غير معقولة بشكل واضح" في عدم تعويضها السيد شتاين لعلاج من السرطان في نيويورك ، مع العلم بخطورة حالته وانتظاره للعلاج في كيبيك . ولكن إضافة للدعوى في القانون العام ، سواء بالاستناد إلى الميثاق أو القانون الإداري ، هناك أيضا إمكانية للتحرك في القانون الخاص ، خصوصا بالقضايا الجماعية ، لتشمل آفاق التحسينات الشاملة في نظام الرعاية الصحية العام .

أحد أمثلة هذه القضايا هي قضية سيلينجر<sup>(٦٤)</sup> ، قضية تشق طريقها حاليا في محاكم كيبيك . شخّص الأطباء مرض أنهايت سيلينجر بأنه سرطان الثدي في أكتوبر ١٩٩٩ واستمرت تنتظر العلاج الملائم في يناير ٢٠٠٠ حصلت الأنسة سيلينجر على علاجها في تركيا بعد أن فرغ صبرها من الانتظار ، حيث كانت تركيا هي موطنها الأصلي وقد كلفها العلاج ١٢ ألف دولار<sup>(٦٥)</sup> . بادرت سيلينجر بإقامة قضية جماعية لصالحها وعدد آخر من النسوة يعانين من سرطان الثدي عجزن عن تلقي العلاج بالإشعاع المطلوب خلال فترة ثمانية أسابيع من الجراحة<sup>(٦٦)</sup> . احتجت المدعيات بأن مستشفيات كيبيك الاثني عشر خرقت الالتزامات التشريعية؛ وبذلك تصبح مسئولة عن "ترك مرضاها ينتظرون فوق ما توصي به التعليمات الطبية"<sup>(٦٧)</sup> . كانت محكمة كيبيك العليا

---

(63) Stein v. Quebec (Regie de l'Assurance-maladie), (1999) R.J.Q. 2416 (Sup. Ct.)

(64) Cilinger v. Centre hospitalier de Chicoutimi, (2004) R.J.Q. 3083

(65) M. King and A. Hanes, "Quebec breast cancer patients suing hospitals: Class-action lawsuit takes aim at delays in radiation treatments", National Post, 11 March 2004, available at <http://www.charterhealth.ca/news/2004mar11.html>.

(66) L. Hardcastle, "Case Comment: Cilinger c Centre Hospitalier de Chicoutimi", Health LawReview (2006) 3, p. 44.

(67) Ibid

قد أصدرت في الحال حكما عما إذا كانت دعوى هذه القضية الجماعية مقبولا سير إجراءاتها طبقا للمادة ١٠٠٣ من القانون المدني في كيبيك<sup>(٦٨)</sup>. قبل جون بيشوب، قاضي المحكمة العليا، في حكمه بوجود المكونات الضرورية في الدعوى مما يستدعي اعتبارها قضية جماعية. ومع ذلك، وبشكل مثير، وبينما كان القاضي في هذه القضية مستعدا للتصريح بقضية جماعية ضد اثني عشر مستشفى عاما إلا أنه لم يرحب بقبول طلبات الشاكين ضم حكومة كيبيك كطرف. استؤنف هذا القرار الأخير أمام محكمة استئناف كيبيك التي أيدت المحكمة العليا.

إذا كان مقدرا لقضية سيلينجر ضد المستشفيات النجاح، فذلك سوف يعمل بشكل مرجح على سرعة تلقي العلاج في التوقيت السليم في حالات علاج السرطان، ليس فقط للأفراد المشتركين في القضية ولكن لكل مرضى نظام الرعاية الصحية العام مستقبلا. ربما تحدث مجرد حقيقة التقاضي نفسها حدوث التحسينات بغض النظر عن مخرجات القضية. أكثر من ذلك، ورغم عدم ضم حكومة كيبيك للقضية الجماعية يبدو أن التغطية الإعلامية الضارة المحيطة بهذه القضية وقرار قضية شتاين قد نتج عنهما وضع حكومة كيبيك مستهدفات لأوقات الانتظار بالنسبة لخدمات السرطان في أجندتها، وهي النتيجة التي سوف يستفيد منها كل أهالي كيبيك وليس فقط مجرد أغنيائها وموسريها القادرين على شراء تأمين صحي خاص<sup>(٦٩)</sup>.

## الخلاصة

مع أن موارد الرعاية الصحية موارد محدودة؛ فإنه يوجد العديد من الخدمات التي يمكن تقديمها وتوزيعها بين السكان مع العلم بالطاقات الموجودة - عدد الأطباء والمرضات والمستشفيات . . إلخ - تاريخيا، يؤمن الكنديون بمفهوم تقسيم الموارد الصحية على أساس الاحتياج وليس القدرة على الدفع. طوال العقد الماضي شهد

---

(68) Civil Code of Québec, R.S.Q., chapter C-1994

(69) Stein v. Quebec (Regie de l'Assurance-maladie), (1999) R.J.Q. 2416 (Sup. Ct.).

النظام الكندي ظهور امتداد أوقات الانتظار ، وبدء تفتت الإيمان بمفهوم إعادة التوزيع من الأصحاء إلى المرضى ومن الأغنياء إلى الفقراء . يعكس قرار المحكمة العليا في قضية كاولي اهتماما متناميا خصوصا بين الطبقة الوسطى والأثرياء بأن النظام العام لن يكون متاحا عندما يحتاجون إليه ولن يقدم لهم الرعاية في التوقيت المناسب . كما يعكس القرار أيضا تجدد المقاومة المحبوسة منذ زمن طويل من جانب الأطباء ضد القيود على قدرتهم في رفع قيمة فواتيرهم للمرضى أو محاسبتهم بشكل خاص ، يجب ذكر أن الدكتور كاولي كان طبيبا وليس مريضا .

عارضت مهنة الطب المنظمة ظهور برنامج الميديكير الشامل في كندا؛ في السنوات الأخيرة صممت أصوات معارضة النظام الطبي الموحد بسبب الدعم الجماهيري القوي لبرنامج ميديكير موحد شامل . يتحدث الطب المنظم الآن مرارا وقد زادت جرأته بعد حكم قضية كاولي في صالح خصخصة أوسع . فعليا كانت الجمعية الطبية الكندية أحد المتدخلين في قضية كاولي وأصدرت مؤخرا ورقة برؤيتها، تنص على وجوب قدرة الأطباء على العمل في نظام الرعاية الصحية العام وأن يدفع لهم مقابل تقديم الرعاية الضرورية طبيا في القطاع الخاص أيضا<sup>(70)</sup>.

يجب مقاومة المقترح بشراسة؛ سوف ينتج عنه بوضوح تحول الدعم المالي للقطاع الخاص من القطاع العام وإذا لم تحكم هذا الموضوع تشريعات دقيقة . لسوف نرى هبوط عدد ساعات العمل التي يتعاقد عليها الأطباء مع القطاع العام .

في الفترة بعد حكم قضية كاولي ، يولي أنصار مزيد من الخصخصة انتباههم نحو تحدي القوانين الأخرى ، التي تحمي بشكل أفضل نظام الرعاية الصحية العام أكثر من اهتمامهم بالقوانين ، التي تحظر التأمين الصحي الخاص . وعلى الأخص ، هم يعلقون أبصارهم الآن على القانون الذي يمنع الأطباء الذين يتعاملون مع نظام الرعاية الصحية العام من التعامل أيضا مع القطاع الخاص لتقديم الرعاية الطبية الضرورية . يدرك

---

(70) Canadian Medical Association, Medicare Plus, (2007).

أنصار الخصخصة الآن أن هذا القانون فائق الأهمية في منع ازدهار نظام مزدوج عام/خاص، أكثر من الحظر المفروض على التأمين الصحي الخاص. ولهذا الحد تخطو حكومة كيبيك خطوات سريعة على هذه الجبهة، وبينما تقوم بتحرير القانون الذي يتعامل مع التأمين الصحي الخاص في ثلاثة ظروف معينة لم تقم بتحرير القانون المتعلق بالشروط التي يختار الطبيب بينها للعمل داخل النظام الصحي العام أو خارجه. أكثر من ذلك، رغم أن كيبيك حررت القانون الذي يحظر التأمين الصحي فإنها فعلت ذلك فقط فيما يتعلق بالظروف الثلاثة الخاصة، ولأن هذه الظروف الثلاثة تركز على هدف وقت الانتظار، الذي سوف يضعف دوافع شراء تأمين صحي خاص. ومع ذلك رد الفعل السياسي البارع هذا يقف كحد السكين منذ انتخاب حزب حركة كيبيك (ADQ) كمعارضة رسمية. تعيين كلود كاستونكاى كرئيس لمفوضية تنظر في مستقبل تمويل الميديكير وتوصيات المفوضية هي علامة على إمكانية مزيد من خطوات الخصخصة في كيبيك.

يتعشم المتفائلون أن حكم قضية كاولي لن يكون خطوة للوراء كما تبدو الأمور لأول وهلة وأنه سوف يلهم الحق في العلاج في التوقيت السليم داخل القطاع العام، كحق من حقوق الميثاق لكل الكنديين وليس فقط لأولئك الذين يستحقونه أو أولئك القادرين على الدفع مقابل تأمين صحي خاص. تفترض المؤشرات الأولية من قضية فلورا أن ذلك لن يكون المسار؛ الذي سوف تتخذه المحاكم في كندا. وبدلاً من ذلك، يبدو النجاح متوقعا لمثل تلك القضايا الدائرة في البرتا وفي أونتاريو التي تتحدى القوانين التي تحمي نظام الرعاية الصحية العام من تطور نظام قطاع خاص مواز، أكثر من حظوظ قضايا مثل قضية فلورا التي تتأسس على دعاوى من أجل التمويل العام. وبينما يلوح أمل ضعيف أن دعاوى الحقوق الدستورية في الرعاية الصحية سوف تحسن برنامج الميديكير الممول بالمال العام إلا أن هناك دروبا قانونية أخرى.

أحد هذه الطرق هو الاعتماد لمدى أبعد على القانون الإداري، بحثاً عن تحسين مساءلة هؤلاء الذين يصنعون قرارات تخصيص الموارد داخل نظام الرعاية الصحية

العام . وهناك أمل آخر في آفاق العمل بالقانون الخاص ، خصوصا القضايا الجماعية .  
قد توفر هذه الدعاوى ضد المؤسسات العامة ، دافعا للتحسين الشامل في سرعة بداية  
العلاج بالنسبة لكل الكنديين وليس فقط هؤلاء المؤهلين أو هؤلاء القادرين على تحمل  
تكلفة التأمين الصحي الخاص .

## الفصل السادس

# الوصول إلى الرعاية الصحية في الولايات المتحدة: مفاهيم متضاربة عن العدالة وقليل من التضامن

تيموثي سولجفوس جوست (Timothy Stoltzfus Jost)

نادرا ما يرد ذكر مفهوم التضامن ، الذي قامت على أساسه معظم نظم التأمين الصحي العامة في أوروبا ، في الجدل العام الدائر حول السياسة الصحية في الولايات المتحدة . يؤمن معظم الأمريكيين بوجوب الاعتماد الكامل على الثروة من أجل الحصول على الرعاية الصحية ، ويعتقد الكثيرون أن للحكومة دورا مشروعا في ضمان القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية<sup>(١)</sup> . ورغم أن مناقشة مقترحات التغطية الصحية الشاملة تدور في الولايات المتحدة منذ قرن تقريبا ، لم تصبح التغطية الشاملة أبدا حقيقة واقعة .

## تمويل الحصول على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة يستطيع الأمريكيون الوصول إلى الرعاية الصحية عبر أربع قنوات:

أولا: يتلقى معظم الأمريكيين ( ٩ , ٦٢ ٪ ) تقريبا من الفئة العمرية أقل من ٦٥ عاما ( في ٢٠٠٥ ) تأميننا صحيا من خلال مكان عملهم<sup>(٢)</sup> . في الولايات المتحدة ليس مطلوبا من أصحاب الأعمال قانونا توفير تأمين صحي لموظفهم ، وعدد منهم لا يوفر ذلك . من الناحية الأخرى ، الأموال التي يدفعها أصحاب الأعمال مقابل اشتراكات التأمين

---

(١) كشف استطلاع رأي أخير أن ٥٦ ٪ من الأمريكيين يفضلون البرامج التي تديرها الحكومة لتمويل التأمين الصحي لكل الأمريكيين، ولكن العدد انكمش إلى ٣٥ ٪ عندما كان التأمين الصحي الشامل يعني اشتراكات أولية أعلى أو مزيدا من الضرائب، وانكمش إلى ١٨ ٪ عندما أصبح معناه عدم تغطية بعض العلاجات التي كانت مغطاة في السابق.

ABC News/Kaiser Family Foundation/USA Today, Health Care in America 2006 Survey, <http://www.kff.org/kaiserpolls/> 14, Oct. 2006.

(2) J. Holahan. and A. Cook, 2006, Why Did the Number of Uninsured Continue to Increase in 2005? (Washington, D.C.: Kaiser Family Foundation 2006), p. 3.

الصحي لموظفيهم - وغالبا الأموال التي يدفعها موظفيهم هم أيضا - لا تخضع للضرائب الفيدرالية ولا ضرائب الولاية على الدخل والأجور ، ومعظم أصحاب الأعمال الكبار والعديد من أصحاب الأعمال الصغار يغطون عادة أسرة الموظف إضافة للموظف نفسه بالتأمين الصحي .

ثانيا: يشتري بعض الأمريكيين - أعمار حوالي ٤٠, ٥ ٪ منهم أقل من ٦٥ عاما - خطط تأمين صحي عائلية أو فردية في سوق التأمين على الأفراد<sup>(٣)</sup>. عادة ما تقوم هذه الخطط على أساس تصنيف المخاطر وتخضع لتكلفة تسويق وتعاقد تأميني عالية . وهي مكلفة مقارنة بالخطط التأمينية الأخرى وغالبا لا تتوافر لهؤلاء الذين هم في أشد حاجة للتأمين . ومن الناحية الأخرى ، تبدو تكلفة هذه الخطط معقولة بالنسبة للأصحاء ، وتبدو كذلك أنها الطريق الوحيد للتغطية التأمينية للعديد من الأشخاص الذين يعملون لدى أنفسهم ، أو للمتعاقدين أو للموظفين في شركات لا تمنح تأمينا صحيا لموظفيها .

ثالثا: لدى عديد من الأمريكيان تغطية تأمينية عامة . ويوجد في الولايات المتحدة الأمريكية برنامجان كبيران للتأمين الصحي العام وهما يغطيان معا حوالي ٨, ١٣ ٪ من السكان غير كبار السن ، وفعليا كل كبار السن<sup>(٤)</sup> . ميديكير (Medicare) هو برنامج تأمين اجتماعي يغطي الأشخاص الأكبر من ٦٥ عاما والمعاقين إعاقة مزمنة .

الميديكيد (Medicaid) برنامج يستخدم وسائل اختبار استحقاق المشترك الذي يغطيه بالتأمين الذي يقدمه ، وهو برنامج يغطي كبار السن والمعاقين والحوامل والعائلات ذوات الموارد والدخول المنخفضة للحد الذي يتطابق مع عدة معايير ، وهي معايير تختلف باختلاف الفئات التي يغطيها وباختلاف الولاية داخل البلاد . وتوجد أيضا برامج عامة أخرى ، مثل : برامج لقدمات المحاربين وأخرى لسكان أمريكا الأصليين وللأطفال ذوي الدخول الضعيفة بنفس الشروط التي تستخدمها الميديكيد ، ولكن على أية حال ، الميديكير والميديكيد هما البرنامجان الأكبران .

(3) Ibid.

(4) Ibid.



رابعاً: لا يتمتع عديد من الأمريكيين -نحو ٤٥ مليوناً أو حوالي ١٧,٥٪ من السكان في أي وقت من الأوقات، بتغطية تأمينية، أي نستطيع القول إنهم يغطون أنفسهم بأنفسهم بالتأمين الصحي. وربما تكون وسيلتهم للوصول إلى الخدمات الصحية هي الوحدات التابعة "لشبكة الأمان"، في المستشفيات العامة أو العيادات المجانية، ولكن بشكل عام هم مضطرون للدفع من جيوبهم الخاصة مقابل الرعاية الصحية. وقد نما هذا الرقم نمواً ملموساً طوال نصف العقد الفائت، حين انخفضت بشكل درامي التغطية التي يمولها أصحاب الأعمال، ولم تتوسع التغطية العامة بما يكفي من سرعة لتملأ هذا الفراغ<sup>(٥)</sup>.

#### مشاكل الأمريكيين المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم

لا تقدم اللقطة الموجزة لعدد غير المؤمن عليهم الذين يُوجدون في أي وقت من الأوقات فكرة كاملة عن المشكلة التي يخلقها وضع عدم التغطية أو التغطية غير الشاملة. لو فحصنا ظاهرة عدم التغطية عبر فترة من الزمن، سوف نرى أن مزيداً من الناس - تقريباً ٨٢ مليوناً، أو ثلث الأمريكيين من غير كبار السن لا يتمتعون بالتغطية التأمينية عند نقطة زمنية ما في عامي ٢٠٠٢ و ٢٠٠٣<sup>(٦)</sup>. يرى المرء أيضاً صورة شديدة الديناميكية - أناساً يتحركون من التأمين الخاص إلى التأمين العام، ومن التأمين العام إلى التأمين الخاص، أو فيما بين شركات التأمين الخاص؛ أناساً يفقدون التأمين لفترات طويلة؛ وأناساً بلا تأمين لفترة واحدة قصيرة، أو لمرات متعددة قصيرة<sup>(٧)</sup>. معظم هؤلاء الذين افتقدوا التأمين في أي وقت من الأوقات ظلوا بلا تغطية لمدة عام أو أكثر.

(5) Ibid. at 9 - 13.

(6) Families USA. One in Three Non-Elderly Americans without Health Insurance, 2002-2003, 3 (New York: Families USA, 2004).

(7) P. F. Short and D. Graefe, "Battery-Powered Health Insurance? Stability in Coverage of the Uninsured", Health Affairs, (2003) 6, p. 244, 247-49.

ورغم أن مناقشات السياسة الصحية عموما ترسم خطأ لا معا بين أولئك الذين يتمتعون بتغطية تأمينية وهؤلاء الذين يفتقدونها، إلا أن القضية العليا هنا هي قضية الحصول على الرعاية الصحية، وليس التأمين. ودرجة الصعوبة في معاناة الوصول إلى الرعاية الصحية تتنوع بشكل هائل بين كل من المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم. فمجرد عدم تغطية شخص ما بتأمين صحي لا يعني أنه لا سبيل لديه للوصول إلى الرعاية الصحية. ولا يعني كذلك مجرد أن الفرد لديه تغطية تأمينية أنه يستطيع أن يكتسب طريقا للوصول إلى الرعاية الصحية دون صعوبات وتكبد نفقات.

يكاد يكون ٨٥٪ من الأمريكيين الذين لا يتمتعون بتغطية تأمينية إما عاملين في وظيفة ما أو أفرادا في أسرة شخص ما يعمل<sup>(٨)</sup>. ورغم أنه كما قلنا سابقا، يمنح معظم أصحاب العمل الأمريكيين تأمينا صحيا لموظفيهم، فإن معظم الذين يعملون دون تغطية تأمينية لا يحصلون على التأمين الصحي من مكان عملهم. والعديد منهم موظفون ذوو أجور منخفضة، أو يعملون لجزء من الوقت أو موسميون أو يعملون في شركات صغيرة جدا<sup>(٩)</sup>. نسبة أخرى ممن يعملون دون تغطية تأمينية هم في الحقيقة مستحقون لهذه المزايا الصحية بحكم عملهم ولكنهم يرفضونها؛ حتى لا يدفعون مقابل حصة الموظف في الاشتراك الأولي للتأمين.

العديد من الأمريكيين الذين لا يتمتعون بتأمين صحي هم من ناحية أخرى محرومون. ويميل الأشخاص بلا تأمين إلى أن يكونوا من جماعات الأقلية - خصوصا أصحاب الأصول اللاتينية (Hispanics). كما أن البالغين من غير المؤمن عليهم هم على الأرجح أقل صحة أو يعانون من علة ما أكثر من المؤمن عليهم<sup>(١٠)</sup>. معظم الأشخاص

---

(8) Cover the Uninsured Week, Uninsured Workers, <http://covertheuninsured.org/factsheets> (2007).

(9) Institute of Medicine, Coverage Matters: Insurance and Health Care, (Washington: National Academy Press, 2001), p. 60-62, p. 67-70; P. Fronstin, Workers' Health Insurance: Trends, Issues, and Options to Expand Coverage, (New York: Commonwealth Fund, 2006), p. 3-4.

(10) J. A. Graves and S. K. Long, Why Do People Lack Health Insurance?, (Washington: Urban Institute, 2006), p. 3.

غير المؤمن عليهم يحصلون على دخول قليلة جدا: ٢٥٪ منهم من أسر ذات دخل أقل من خط الفقر بنسبة ٢٠٠٪. ومع ذلك فالصورة معقدة. حوالي ١٨٪ من غير المؤمن عليهم في أمريكا هم من الأسر التي تكسب ٧٥ ألف دولار سنويا أو يزيد<sup>(١١)</sup>. وحيث إن عددا متزايدا من الأمريكيان يصبحون متعاقدين أو مستشارين أو موظفين مؤقتين، وحيث إن كل الصناعات قد ترحلت بعيدا عن نموذج التوظيف التقليدي لكل الوقت، وعديد من غير المؤمن عليهم هم أمريكيون من الطبقة المتوسطة أو العليا الذين ليس لديهم سبيل للتأمين التقليدي المرتبط بالوظيفة<sup>(١٢)</sup>. ويبقى أن هناك آخرين ميسوري الحال، بشكل معقول ولكنهم يمرون بوضع مؤقت للتنقل بين وظيفة وأخرى.

عديد من غير المؤمن عليهم هم شباب لم يدخلوا بعد سوق التوظيف أو يعملون بوظائف منخفضة الأجر. وخلال هذه الفترة من ١٩٩٦ إلى ٢٠٠٠، كان ثلثا البالغين الشباب فيما بين ١٩ و ٢٣ سنة بلا تغطية تأمينية عند نقطة معينة، وتقريبا ربع العدد لم يؤمن عليه لمدة أكثر من عامين<sup>(١٣)</sup>. وأيضا لا تتمتع نسبة ملموسة من الأمريكيين بالتغطية. لم يغط التأمين أكثر من نصف البالغين فيما بين الخمسين والرابعة والستين من العمر في شريحة الأسر التي تكسبت أقل من ٢٥ ألف دولار في وقت ما من الأوقات منذ أن تخطوا الخمسين من العمر<sup>(١٤)</sup>.

العديد من الذين لا يتمتعون بتغطية تأمينية -خصوصا الأطفال- هم مؤهلون للتغطية ببرنامج الميديكيد أو للتغطية ببرنامج التأمين الصحي للأطفال الذي تديره ولايتهم، ولكنهم غير مقيدين بأيهما.

---

(11) C. DeNavas-Walt, B. D. Proctor, and C. H. Lee, Income, Poverty, and Health Insurance Status in 2005, (Washington, D.C.: U.S. Census Bureau, 2006), p. 22.

(12) K. Swartz, Reinsuring Health: Why More Middle-Class People Are Insured and What Government Can Do, (New York: Russell Sage Foundation, 2006), p. 18-28.

(13) S. R. Collins, et al. Rite of Passage? Why Young Adults Become Uninsured and How New Policies Can Help, (New York: Commonwealth Fund, 2006), p. 4.

(14) S. R. Collins, et al., Health Coverage for Aging Baby Boomers: Findings from the Commonwealth Fund Survey of Older Adults, (New York: Commonwealth Fund, 2006), p. vii.

الموانع البيروقراطية، بما تشمله من إجراءات ثقيلة لتقديم الطلب، وإعادة متكررة ومتعبة لتحديد الموقف، ونقص الجهود التي تبذلها الولايات لتثقيف الناس بضرورة القيد في هذه البرامج، كل ذلك لا يشجع الناس على القيد. وأكثر من ذلك في بعض الولايات، لا يغطي البرنامج بعض فئات معينة من الأشخاص المؤهلين للقيد ببرنامج الميديكيد إلا إذا كانوا على درجة بالغة من البؤس والفقر<sup>(15)</sup>.

تتنوع أشكال عدم التغطية. ويصبح المديرون التنفيذيون الأصحاء في وسط العمر دون تغطية تأمينية في الفترات التي ينتقلون فيها من شركة إلى أخرى دون أي تأثير سلبي. ولكن حتى الأمريكيون ذوو الدخل العالية يعانون لأنهم دون تغطية تأمينية. فهم لا يتلقون الخدمات الطبية المطلوبة بنفس القدر الذي يحصل عليه نظراؤهم الأمريكيون من نفس المستوى الاقتصادي<sup>(16)</sup>، وهم يدخلون في مشاكل مالية بسبب مرضهم أكثر من المؤمن عليهم<sup>(17)</sup>. من ناحية أخرى، "المؤمن عليهم" هم أيضا أبعد من أن يكونوا محصنين ضد المعاناة بسبب المرض. فمن ناحية قصوى، موظفو الشركات الكبرى الذين يتمتعون بالتغطية من خلال اتفاقيات تفاوض جماعي، قد يتمتعون بتغطية طبية واسعة تقوم على أساس خطة دفع أول دولار (first dollar medical coverage). ومن الناحية المقابلة تماما، الأفراد والعائلات "المؤمن عليهم" في سوق الأفراد قد يتمتعون بخصومات (إعفاءات) تصل إلى ١٠ آلاف دولار، ومشاركة تأمينية (co-insurance) تصل إلى ٥٠٪، ومشاركة في الدفع (co-payment) تصل إلى ٢٠٠ دولار في اليوم الواحد لتغطية الإقامة في المستشفى، باستثناء الظروف الموجودة سلفا، ودون أي

---

(15) Kaiser Family Foundation, Medicaid: A Primer, (Washington: Kaiser Family Foundation, 2007), p. 6.

(16) J. S. Ross, et al., "Use of Health Care Services by Lower-Income and Higher-Income Uninsured Adults", Journal of the American Medical Association (2006), p. 2027, 2032-33.

(17) S. Collins, et al. Gaps in Health Insurance: An All-American Problem, (New York: Commonwealth Fund, 2006), p. viii-ix.

تغطية للصحة العقلية والنفسية، ورعاية الأم ورعاية الحوامل<sup>(١٨)</sup>. والبالغون في سوق تأمين الأفراد معرضون لمخاطر العبء المالي أعلى كثيرا من تغطية الجماعات أو التأمين العام<sup>(١٩)</sup>. ومصاعب الوصول إلى الخدمة الصحية التي يكادها ذوو الدخل المنخفضة، والأشخاص المؤمن عليهم تأمينا خاصا مماثلة تماما لتلك المصاعب التي يصادفها أولئك الذين يغطيهم برنامج الميديكيد.

يوجد فيما بين هذين الحدين عديد من الناس يتمتعون بتغطية تأمينية من خلال منظمات الرعاية المخططة (managed care organizations) بشبكاتها المحدودة من مقدمي الخدمة المتوافرين، وفجوات ملموسة في التغطية، والتزامات المشاركة في تحمل التكلفة مرتفعة. وفي السنوات الأخيرة زادت بشكل كبير الخصومات ورسوم المشاركة في الدفع<sup>(٢٠)</sup>. أظهرت الأبحاث والدراسات الأخيرة أن عددا ذا شأن من الأمريكيين قد عانى مشاكل مالية بسبب نفقات الرعاية الصحية، ولكن واقعا معظم أولئك الأمريكيين لديهم تأمين صحي.

نفيد التقارير بأن ٤٠٪ من الأمريكيين أظهروا مشاكل خطيرة مع أوراق أو فواتير الرعاية الصحية أو التأمين الصحي، بينما نصف الأمريكيين الذين يتكسبون أقل من ٥٠ ألف دولار في السنة لديهم مشكلة خطيرة في دفع فواتير الرعاية في السنتين الماضيتين<sup>(٢١)</sup>. ويدفع ثلث البالغين في سن العمل فوائد الديون الطبية أو يعانون من مشاكل في دفع الفواتير الطبية في العام الفائت. ثلاثة أخماس هؤلاء الأمريكيين الذين

---

(18) America's Health Insurance Plans. Individual Health Insurance: A Comprehensive Survey of Affordability, Access, and Benefits, (Washington: America's Health Insurance Plans, 2005), p.11, 13, 17, 21, 26.

(19) Y. Yu-Chu Shen and J. McFeeters, "Out-of-Pocket Health Spending Between Low- and Higher-Income Populations", Medical Care, (2006), no. 3, 200, p. 207-8.

(20) Kaiser Family Foundation / Health Research and Educational Trust. Employer Health Benefits: 2005 Annual Survey. (Washington: Kaiser Family Foundation, 2006), p. 1-2.

(21) C. Schoen, et al, Public Views on Shaping the Future of the U.S. Health System, (New York: Commonwealth Fund, 2006), p. 6-7.

يعانون من مشاكل مالية هم من المؤمن عليهم<sup>(22)</sup>. يمتلك عديد من الأمريكيين ديونا على بطاقتهم الائتمانية ترتبط بنفقاتهم الطبية. فقد بعض هؤلاء بيوتهم عندما فقدوا المقدرة على دفع أقساط قروض منازلهم التي استخدموها لتغطية ديونهم الطبية، أو وجدوا أنفسهم غير قادرين على استئجار شقق سكنية لانتهاء وضعهم الائتماني نتيجة لديونهم الطبية. تقريبا يرجع سبب نصف كل حالات الإفلاس إلى أسباب طبية ما<sup>(23)</sup>.

ورغم معاناة "المؤمن عليهم تأميننا منقوصا" من مشاكل مالية في الحصول على الرعاية الصحية، يواجه "غير المؤمن عليهم" مصاعب أسوأ. في العموم يحصل غير المؤمن عليهم على رعاية صحية أقل من المؤمن عليهم، وتتاح لهم بعد فوات الأوان، عندما تكون غير ذات جدوى. وبسبب قانون علاج الطوارئ الطبية والعمل النشط (EMTALA)، من الممكن حتى لغير المؤمن عليهم الحصول على الرعاية الطارئة في الولايات المتحدة الأمريكية دون وجود تغطية بالتأمين الصحي<sup>(24)</sup>. ومع ذلك، العلاج المقدم في ظل هذا القانون ليس مجانيا، وبعضهم يفضل صرف النظر عنه بدلا من تكبد مزيد من الديون الطبية. بل إن وصول غير المؤمن عليهم إلى الرعاية الوقائية أو الرعاية الأولية أو رعاية الحالات المزمنة هو أصعب من حصولهم على الرعاية الطارئة. وحوالي الربع من البالغين غير المؤمن عليهم الذين يعانون من أمراض مزمنة لم يقوموا بزيارة أحد المسؤولين الصحيين خلال الاثنى عشر شهرا السابقة على أحد المسوح الأخيرة<sup>(25)</sup>. ورُبّع الأمريكيين من ذوي الدخل الأدنى من المتوسط كان عليهم الانتظار لستة أيام أو أكثر حتى يناظرهم طبيب عندما أَلَمَ بهم المرض، مقارنة

---

(22) S. Collins, *supra* note 17, at viii.

(23) D. Himmelstein, et al, "Illness and Injury as Contributors to Bankruptcy", *Health Affairs* (2005) Web Exclusive, February, W5-63-W5-73.

(24) 42 U.S.C. s. 1395dd.

(25) Urban Institute / University of Maryland. *Uninsured Americans with Chronic Health Conditions*, (Princeton: Robert Wood Johnson Foundation Urban Institute / University of Maryland, 2005), p. 4.

بنسبة ١٣٪ فقط من الأمريكيين ذوي الدخل فوق المتوسط<sup>(٢٦)</sup>. ٦٠٪ من الأمريكيين في سن العمل وغير مؤمن عليهم لم تُكتب لهم روصة طبية، ولم يناظرهم إحصائي عندما احتاجوا لذلك، وتغاضوا عن إجراء اختبار طبي أو علاج ما، أو لم يذهبوا لطبيب عند حدوث مشاكل طبية بسبب افتقارهم لتأمين صحي<sup>(٢٧)</sup>.

أيضا على الأرجح يحصل الأمريكيون المثلون بأعباء الديون الطبية على رعاية طبية أقل من أولئك الذين لا يعانون من تلك الديون<sup>(٢٨)</sup>. وليس مدعشا أن يعاني غير المؤمن عليهم من أمراض ووفيات بنسبة أعلى. وقد يموتون قبل الأوان وهذا ما يُقدر بثمانية عشر ألف بالغ كل سنة نتيجة لافتقاد التأمين<sup>(٢٩)</sup>.

حتى أولئك الذين يغطيهم التأمين لجزء من السنة يتلقون رعاية أسوأ من هؤلاء الذين تغطيهم رعاية مستمرة في صورة رعاية متأخرة عن موعدها، وعدم الاستجابة لاحتياجات طبية معينة، وعدم إعطاء وصفات طبية لها.

يعاني غير المؤمن عليهم أيضا من الناحية المالية أكثر من الأمريكيين المؤمن عليهم. ويقرر أكثر من نصف البالغين الذين افتقدوا التغطية التأمينية في أي وقت خلال السنة السابقة من مشاكل الديون الطبية، ونسبة ٤٠٪ من الذين لا يغطيهم التأمين حاليا ولديهم مشاكل الديون الطبية يجدون صعوبة في دفع مقابل الضروريات الأساسية بسبب مشاكل الفواتير الطبية. نصفهم استنفد كل مدخراته، و ١١٪ استدان أو رهن أحد ممتلكاته حتى يدفع أقساط ديونه الطبية، ويكاد يكون الربع منهم قد سحب دينا طبيا على حساب بطاقته

---

(26) P. T. Huynh, et al., The U.S. Health Care Divide: Disparities in Primary Care Experiences by Income, (New York: Commonwealth Fund, 2006), p. 7.

(27) Collins, et al. supra note 17, at 9.

(28) M. M. Doty, et al., Seeing Red: Americans Driven into Debt by Medical Bills, (New York: Commonwealth Fund, 2005), p. 5-6.

(29) Institute of Medicine, Insuring America's Health: Principles and Recommendations, (Washington: National Academy Press., 2004), p. 8.

الاتمانيّة<sup>(30)</sup>. وتمنح المستشفيات في المجتمعات ذات المعدلات العالية من افتقاد التغطية التأمينية خدمات أقل للسكان الأكثر عرضة للمخاطر وتضع أسوأ الهوامش المالية على التكلفة<sup>(31)</sup>. حتى السكان ذوو الدخول الأعلى في المناطق ذات المستويات العالية يعانون من انعدام التغطية التأمينية ومن غرف الطوارئ المزدحمة بالمرضى أو من تدهور البنية التحتية للرعاية الصحية<sup>(32)</sup>. فعليا، تخسر البلاد بأكملها نتيجة انخفاض إنتاجية هؤلاء الذين لا تُعالج أمراضهم أو إعاقاتهم بسبب افتقاد التأمين الصحي.

### المقاربات الممكنة لتوسيع قدرة الوصول إلى الرعاية الصحية

نحتاج بشكل واضح لإيجاد طريق ما لتقديم قناة أكثر ثقة لرعاية غير المؤمن عليهم صحيا. سوف توسع مثل هذه القناة التي تخدم هذا الهدف من برامج التأمين الصحي القومية، الميديكير (Medicare) والميديكيد (Medicaid). ولقد توسع هذان البرنامجان لحد ما في السنوات الأخيرة. فبرنامج الميديكير الذي غطى طويلا تقديم الخبرة الطبية والمؤسسات فقط، امتد في ٢٠٠٣ ليغطي تقديم الأدوية الموصوفة في روشتات العيادات الخارجية، إلى جانب خدمات وقائية إضافية<sup>(33)</sup>. تتوافر التغطية للأدوية الموصوفة من خلال برنامج تخضع أثمان الدواء فيه للمناقسة المحسوبة (managed competition) مع مشاركة في تحمل التكلفة من المنفعين بالميديكير، وهو ما يتطلب منهم تسجيل أنفسهم في برنامج مخصوص، ويفرض على الجميع باستثناء

---

(30) Collins, et al., supra note 17, at 7.

(31) D. M. Wolman and W. Miller, "The Consequences of Uninsurance for Individuals, Families, Communities and the Nation", *Journal of Law, Medicine, and Ethics* (2004), p. 401-03.

(32) Institute of Medicine, *A Shared Destiny: Community Effects of Uninsurance*, (Washington: National Academy Press, 2003), p. 82-119.

(33) The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act, Pub. Law No. 108-173, 117 Stat. 2066 (2003).



أفقر المنتفعين دفع اشتراك أولي للانتفاع بهذه الخدمة<sup>(34)</sup>. وسجل فقط نصف المنتفعين بالميديكير أسماءهم في هذا البرنامج، ولكن واقعا أصبح ٩٠٪ تقريبا من المنتفعين يحظون ببعض التغطية للدواء الموصوف، حيث إن العديد منهم حصل على التغطية ببرنامج الميديكير من خلال المزايا التأمينية للمتقاعدين أو من خلال برامج حكومية أخرى<sup>(35)</sup>. ومعظم الأطفال محدودي الدخل في الولايات المتحدة هم المؤهلون الآن للتغطية ببرنامج الميديكير، وبرنامج الولايات للتأمين الصحي للأطفال، الذي نشأ عام ١٩٩٦، رغم أن العديد منهم غير مقيدين بسبب العوائق البيروقراطية أو بسبب تقاعس الآباء<sup>(36)</sup>. ومع ذلك، لا يوجد إجماع سياسي قومي لتوسيع هذه التغطية العامة فيما وراء الأطفال الفقراء وكبار السن والمعاقين. وتتقدم بعض الولايات رأسا نحو إنشاء برامج لتوسيع التغطية بالتأمين الصحي. وعلى سبيل المثال، أنشأت ولاية ماساشوستس برنامجا في ٢٠٠٦ يأمل في مد التغطية لمعظم غير المؤمن عليهم. يوسع هذا البرنامج تغطية الميديكير، ويمنح دعما ماليا للأفراد والأسر التي يقل دخلها ٣٠٠٪ عن خط الفقر الفيدرالي؛ حتى يستطيعوا تحمل تكلفة الاشتراك في تأمين صحي خاص، وينظم سوق التأمين من خلال إقامة تحالف لشرائه حتى تصبح تكلفته ممكنة، ويطالب أصحاب الأعمال بالسماح على الأقل لموظفيهم بشراء رعاية صحية في حدود دخلهم بعد خصم الضرائب منه، ويلزم الأفراد الباقين بلا تأمين، بشراء تأمين صحي إذا ما كان ذلك "في حدود قدرتهم المالية"<sup>(37)</sup>.

أطلقت ولاية فيرمونت أيضا برنامجا تطوعيا في ٢٠٠٦ لتجعل أسعار التأمين

---

(34) Kaiser Family Foundation, Fact Sheet: The Medicare Prescription Drug Program, <http://www.kff.org/medicare/upload/7044-05.pdf> (2006).

(35) Center for Medicare and Medicaid Services, Medicare Drug Plans Strong and Growing, [www.cms.hhs.gov/apps/media/press\\_releases.asp](http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press_releases.asp).

(36) Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, A Decade of SCHIP Experience and Issues for Reauthorization, <http://www.kff.org/medicaid/upload/7574-2.pdf> (2007).

(37) Kaiser Family Foundation, Massachusetts Health Care Reform Plan, <http://www.kff.org/uninsured/upload/7494.pdf> (2006).

الصحي معقولة أكثر بالنسبة لغير المؤمن عليهم، بينما تسير ولاية ماين في طريق تنفيذ برنامج لتوفير تأمين صحي مدعوم ماليا لغير المؤمن عليهم، والذي صدر له قانون في ٢٠٠٣، والذي سوف يتم تنفيذه كاملا بحلول عام ٢٠٠٩<sup>(٣٨)</sup>. وأنشأت كل من ولايتي إيلينوي وبنسلفانيا برامج لتغطية كل الأطفال غير المؤمن عليهم، في الوقت الذي توسع فيه ولايات أخرى برنامج الميديكيد في الولايات أو توسع برنامج الولاية للتأمين الصحي على الأطفال (CHIP) من خلال تنازلات فيدرالية مقدمة لتغطية البالغين الفقراء، أو إقامة برامج لتشجيع أصحاب الأعمال الصغار لتوفير تأمين صحي لموظفيهم. وأخيرا، لدى ثلاث وثلاثين ولاية أمريكية أوعية تأمين صحي للمشاركة في تحمل المخاطر العالية، توفر التأمين الصحي -إذا ما كانت أسفاره فوق الطاقة- للأشخاص الذين تجعلهم حالتهم الصحية دون ذلك بلا تغطية تأمينية<sup>(٣٩)</sup>.

إلا أن العديد من الأمريكيين لا يؤيدون التوسع في البرامج العامة لتغطية غير المؤمن عليهم. وحجة إحدى الجماعات المؤثرة للدفاع عن السياسات الصحية هي أن مشكلة الرعاية الصحية الأولية في الولايات المتحدة ليست انخفاض التغطية التأمينية، بل هي التغطية التأمينية الزائدة عن الحد<sup>(٤٠)</sup>. يؤمن هؤلاء المدافعون عن "الرعاية الصحية التي يحركها المستهلك" أن تكاليف الرعاية الصحية مرتفعة للغاية وتزداد في

---

(38) National Council of State Legislatures, 2007 Bills on Universal Health Care Coverage, Legislatures Fill in the Gaps, <http://www.ncsl.org/programs/health/universalhealth2007.htm> (2007).

(39) BlueCross BlueShield Association, State Legislative Health Care and Insurance Issues, 2006 Survey of Plans, (Washington, BC-BS Association, 2007), p. 62.

(٤٠) لما يمثل حركة الرعاية الصحية التي يوجهها المستهلك، انظر:

J. C. Goodman and G. L. Musgrave, "Patient Power: Solving America's Health Care Crisis" (1992); M. F. Cannon,

M.D. Tanner, Healthy Competition (Washington: Cato Institute, 2005), p. 46-54.

لما يمثل تحليلا لحركة الرعاية الصحية التي يوجهها المستهلك، انظر:

T. S. Jost, Health Care At Risk: A Critique of the Consumer-Driven Movement (Durham, N.C.: Duke University Press, 2007)

الولايات المتحدة بمعدلات سريعة بسبب المخاطر الأخلاقية بشكل أولي . ويخفض التأمين الصحي من أسعار خدمات الرعاية الصحية بالنسبة للمستهلك فعليا ، بل ويجعلها مجانية عند غياب التزامات المشاركة في تحمل النفقات . لذلك يشتري المستهلك الرعاية الصحية المؤمن عليه منتج الرعاية الصحية وخدماتها مقابل قيمة قليلة ، وذلك لأنه ليس مجبرا على الدفع ، أو على دفع الكثير مقابلها . كما لا يتحمل المستهلك أيضا متاعب التسوق من أجل شراء الخدمات الأقل تكلفة ، بل ربما هم - فعليا - لا يتسوقون من أجل جودة الخدمة ، مع الأخذ في الاعتبار السعر المنخفض الذي يدفعونه مقابل هذه الخدمات . ومع ذلك ، يجب أن يدفع المؤمن (الصندوق التأميني) سعر الخدمة التي يستخدمها المستهلك كاملا ، وترتفع الأسعار بشكل دائم في غياب مبدأ الأسواق التنافسية .

يؤمن أنصار مبدأ "الرعاية الصحية التي يحركها المستهلك" أن حل هذه المشكلة هو فرض التزامات أعظم للمشاركة في تحمل التكلفة على مستهلكي الرعاية الصحية من خلال خصومات أعلى ومشاركة في التأمين أعلى ومشاركة في الدفع أعلى . ويطالب هؤلاء الأنصار بوجوب تغطية التأمين للكوارث الصحية فقط التي لن يستطيع المستهلك التعامل معها دون تأمين . ويجب شراء منتجات وخدمات الرعاية الصحية الأخرى بتمويل مباشر من الجيب الشخصي ، حينئذ سوف يكون المستهلك هو الذي يقرر ما إذا كان سينفق نقوده على الرعاية الصحية أو ينفقها على منتجات وخدمات أخرى .

يدافع "أنصار الرعاية الصحية التي يحركها المستهلك" أيضا عن فكرة حسابات التوفير لنفقات الرعاية الصحية ، حتى يجد المستهلك المال الذي سوف يدفعه مقابل الرعاية الصحية عندما يحتاج إليها ، وينادون بإعانات ضريبية لتشجيع الادخار في هذه الحسابات . وينشأ هيكل "حسابات التوفير الصحية" هذه بطريقة تجعل الأموال -عندما يصل عمر المستهلك إلى ٦٥ عاما في ظل القانون الحالي بالولايات المتحدة- متوافرة في النهاية أمام المستهلك لاستخدامها في أغراض أخرى . فهم يدافعون عن الفكرة

بأن المستهلك سوف يرفع هذه الأموال بعناية، ويستهلك فقط المنتجات والخدمات الجديرة بتكلفتها ويتسوق القيمة الأحسن. وهذا بدوره سوف يخفض تكاليف الرعاية الصحية، وبذلك تصبح هناك قدرة أكبر على الوصول إلى الرعاية الصحية.

أقر الكونجرس تشريعا قوميا في ٢٠٠٣ يقدم إعانات ضريبية لحسابات التوفير الطبية مصحوبة بسياسات خصومات صحية مرتفعة، سياسات خصومات ١١٠٠ دولار للفرد و ٢٢٠٠ دولار للأسرة على الأقل في ٢٠٠٧<sup>(٤١)</sup>. ومنذ ذلك الحين، نما القيد في هذه الحسابات نموا سريعا، حيث تغطي الآن نحو ٥, ٤ مليون أمريكي على الأقل بخطط خصومات صحية عالية للمستحقين<sup>(٤٢)</sup>.

إلا أن سؤال ما إذا كانت الخطط الصحية التي يحررها المستهلك سوف تحسن مشكلة الوصول إلى الرعاية الصحية أم سوف تجعلها أسوأ، سوف يظل سؤالاً مفتوحاً. وبشكل واضح الخطط التي يحررها المستهلك هي صفقة طيبة لأثرياء الأمريكيين نسبيا، وهم يشكلون عدداً ذا شأن من غير المؤمن عليهم. وتقدم هذه الخطط فعلا منافع ضريبية جذابة جدا لهذه الفئة من السكان<sup>(٤٣)</sup>. يبدو واقعا أن الأمريكيين الأغنياء يشتركون بشكل غير مناسب هذه الخطط التأمينية<sup>(٤٤)</sup>. أيضا تمنح خطط حسابات التوفير الصحية ذات الخصومات العالية والمؤهلة اشتراكات أولية منخفضة ربما يستطيع تحملها بعض الأمريكيين أو صغار أصحاب الأعمال الذين لا يستطيعون حاليا تحمل تكلفة التأمين الصحي. ومن الناحية الأخرى، فور مرض أحد الأشخاص المؤمن

---

(41) 26 U.S.C. s. 223

(42) America's Health Insurance Plans, January 2007 Census Shows 4.5 Million People Covered by HSA/High Deductible Health Plans, Washington: AHIP (2007).

(٤٣) بالنسبة لهذه الفئة، كل المساهمات داخل الحسابات وعوائد الأموال المستثمرة داخلها معفاة من الضرائب في حالة استخدامها في الخدمات الصحية أو ظلت في الحساب حتى سن 65. 26 U.S.C. s 223(f).

(44) E. Park and R. Greenstein, GAO Study Confirms Health Savings Accounts Primarily Benefit High-Income Individuals (Ctr. on Budget Pol'y Priorities, Washington, D.C.), Sept. 20, 200, at 1, available at <http://www.cbpp.org/9-20-06health.pdf>.

عليهم بواحدة من هذه الخطط ذات الخصومات العالية، وسوف يواجه ضرورة إنفاق بعض المصاريف ذات الشأن. وخصم خمسة آلاف دولار قد يكون اقتصاديا لشخص يكسب مائة ألف دولار سنويا، خصوصا إذا انتظم صاحب العمل في دفع مساهمته لحساب التوفير الصحي<sup>(45)</sup>. إلا أن نفس النفقات تمثل عبئا ضاريا على شخص يكسب ٢٠ ألف دولار سنويا، ولا يتلقى أي مساهمات من صاحب العمل، حين لا يكون الشخص مدينا بضريبة على الدخل في أي حال. مثل هذا الشخص ببساطة مضطر للعيش دون رعاية صحية، حتى دون الرعاية التي قد يضطر إليها، أو التي يحصل عليها بالاستدانة بشكل ما ومن ثم يعلن إفلاسه<sup>(46)</sup>.

### رؤى مختلفة للعدالة

أخيرا، يبدو أن الولايات المتحدة في هذه اللحظة في وضع تقوم فيه بتحليل للسياسات، وتمسك بخناقها رؤى متناقضة بحدة حول العدالة<sup>(47)</sup>. تعني العدالة بالنسبة للأمريكيين أن يدفع الفرد مقابل نمط حياته. ولا يمتلك أحد الحق في أن يطالب بنصيب من موارد الآخرين. والتأمين الصحي "العادل" يعني تأمينا نزيها اكتواليا - يدفع كل فرد اشتراكا أوليا على أساس صورة عامة للمخاطر التي قد يتعرض لها. كان أولئك الذين يؤمنون بهذه الرؤية للعدالة، التي يركز عليها الكثير من حركة الرعاية الصحية التي يوجهها المستهلك، في صعود سياسي طوال العقد الماضي.

ومع ذلك، بالنسبة لكثير من الأمريكيين تبدو العدالة مماثلة كثيرا للتضامن - الأصحاء يساعدون من ساءت حالتهم الصحية، والأثرياء يساعدون من تنقصه الثروة. وعلى الأقل يجب أن يحصل كل فرد على الحد الأدنى من الرعاية الصحية،

---

(45) KFF/HRET Survey, supra note 20, at 5.

(46) K. Davis, et al., How High is Too High? Implications of High-Deductible Health Plans (Commonwealth Fund, 2005).

(47) D. A. Stone, "The Struggle for the Soul of Health Insurance", J. Health Pol., Pol'y & L. (1993), 8, p. 287.

تلك الرعاية التي يجب تمويلها تمويلا عاما . ربما تكون مثل هذه الجماعة في صعود سياسي . وقدم العديد من مرشحي الرئاسة في ٢٠٠٨ مقترحات بأشكال ما من التغطية الشاملة بمكون تأمين صحي عام قوي ، رغم أن معظمهم يحتفظ بدور قوي للتأمين الصحي الخاص .

في نفس الوقت ، إذا صحت تقديرات معهدنا القومي للطب ، يموت ١٨ ألف أمريكي قبل الأوان كل سنة بسبب افتقارهم لتأمين صحي<sup>(٤٨)</sup> . من الصعب أن نرى كيف حصل هؤلاء الأمريكيون على العدالة .

---

(48) Institute of Medicine, Care Without Coverage, (Washington, D.C.: IOM, 2002), p. 162.

## الفصل السابع

# الصحة في شيلي: هل تبذل الحكومة ما بوسعها لتحقيق العدالة الاجتماعية؟

سيلفيا بورثوتسكاى (Silvia Borzutzky)

## مقدمة

هدف هذه الورقة هو تحليل السمات والمشاكل الكبرى لنظام الرعاية الصحية في شيلي، مع التركيز بشكل خاص على الخطة "AUGE" التي نفذها الرئيس لاغوس في ٢٠٠٤. تقدم الورقة تاريخاً مختصراً لسياسات الرعاية الصحية في شيلي، إلى جانب ملخص لحقبة نظام بينوشيه (١٩٧٣-١٩٨٩) وسياساته المتوجهة نحو السوق. تنصب بؤرة تركيز الورقة على كيف تعاملت الحكومات المنتخبة بشكل ديمقراطي، مع مسألة الصحة مع العلم بالحقبة التي خلفها نظام بينوشيه وسياساته المتوجهة نحو السرق التي خفضت بشكل مدمر دور الدولة في تقديم الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية الأخرى. وقعت أكثر المحاولات جدية لحل هذه المشكلة عام ٢٠٠٤ من خلال وضع أسس الخطة "AUGE" التي تضمنت مقارنة مبتكرة للصحة. وحيث إن التنفيذ الكامل للخطة لم يبدأ حتى منتصف عام ٢٠٠٧، لا تستطيع الورقة تقديم سوى تحليل مبدئي لأثرها وآفاقها.

ورغم أن إحصائيات شيلي جيدة تماماً مقارنة بالبلدان الأخرى في المنطقة، تجادل هذه الورقة بأنه كلما تعاظم نجاح البلد اقتصادياً أمكن تحقيق نظام ينجز عن حق أهداف التضامن الاجتماعي إذا ما خُصصت كمية أعظم من الموارد لنظام الرعاية الصحية. على المدى الطويل سوف يزيد سكان البلد الأكثر صحة من النجاح الاقتصادي والرفاهية، ويخلقون مجتمعا أكثر عدالة وإنصافاً.

### حقبة بينوشيه (١٩٧٣-١٩٨٩)

رغم أنه من الممكن تتبع تاريخ الاهتمام بأمور الصحة العامة في شيلي إلى أصول نشأة هذا البلد، فإنه بداية فإن قيام الدولة بدور نشيط ومهم في تقديم الخدمة الصحية يعود إلى منتصف القرن العشرين. وقد تأسس النظام بأكمله على الفصل بين العمال ذوي الياقات الزرقاء وذوي الياقات البيضاء، وكلاهما كان موجودا في نظام الأمن الاجتماعي<sup>(١)</sup>.

نشأ نظام الخدمات الصحية الوطني (SNS) في ١٩٥٢. وكانت وظيفة النظام هي تقديم العناية الطبية للعمال ذوي الياقات الزرقاء وسكان البلاد الأصليين؛ والإشراف على الشروط الصحية العامة للبلاد؛ وأن يكون مسئولاً عن الوظائف الطبية الوقائية العامة. تلقى العمال ذوو الياقات البيضاء وموظفو الخدمة المدنية خدمات طبية محدودة من خلال نظام الخدمات الطبية للموظفين (SERMENA)، الذي نشأ في عام ١٩٦٠. وتوسع النظام بشكل هائل في العقد التاليين وفي عام ١٩٧٣، كان يستخدم ١٢٠ ألف شخص ويقدم تغطية لحوالي ٧٠٪ من السكان. سار توسع الخدمات والمنافع الطبية يدا بيد مع المسيرة العامة لتوسع الوظائف الاجتماعية الاقتصادية للدولة خلال أواسط القرن العشرين. وانتهت هذه المسيرة فجأة مع الإطاحة بالرئيس سلفادور الليندي في ١١ سبتمبر ١٩٧٣.

أدى تبني نظام بينوشيه للسياسات الموجهة نحو السوق إلى تخفيض دور الدولة في كل من الاقتصاد وفي تقديم الخدمات الطبية والتعليم والأمن الاجتماعي من بين أشياء أخرى. ونتيجة لذلك، أدخل نظام بينوشيه تعديلات جوهرية على نظام تقديم الخدمات الصحية في شيلي. سُجنت السياسات العامة في إطار فكرة دولة الإعانات المالية التي استهدفت انسحاب الدولة من تقديم الخدمات الاجتماعية والأنشطة التنظيمية، وتحويل

---

(1) R. Merino, "Desarrollo histórico y visión futura de la salud in Chile (Historical Development and Future of Chile's Health System)", in R. Caviedes et al, ed., *Síntomas del sistema de salud chileno, su diagnóstico y tratamiento (Symptoms of the Chilean Health System: Diagnosis and Treatment)* (Santiago: Ciedess, 2002), p. 17-32.



تلك المسئوليات إلى الأفراد ومقدمي الرعاية الصحية من القطاع الخاص . تطورت هذه السياسات مع الوقت ولم تتضمن فقط تخفيضاً حاداً للتمويل ، ولكن تضمنت أيضاً تحويلاً كبيراً في النظام في أواخر السبعينيات .

من وجهة النظر الإدارية ، استبدلت الحكومة في ١٩٧٩ نظام الخدمات الصحية الوطني والـ SERMENA بالنظام الوطني للخدمات الصحية (Sistema Nacional de Servicios de Salud) الذي أنهى الانقسام المبني على أساس المهنة ، واستبدله بوحدات تتكفل بمسئولية تقديم مجموعة خدمات شاملة في النطاق الجغرافي المحدد . وفي نفس الوقت ، تحولت مسئولية منشآت الرعاية الأولية للسلطات المحلية . وهكذا في الوقت الذي خفض فيه إلغاء التمييز بين العمال ذوي الياقات الزرقاء والياقات البيضاء مصدراً كبيراً من مصادر عدم الإنصاف ، خلق تحويل بعض هذه الوظائف للسلطات المحلية مصدراً جديداً لعدم الإنصاف في طبيعة ومدى الرعاية عند أخذ التباينات الضخمة في الدخل بين المناطق المحلية المختلفة في الاعتبار .

### نظام القطاع الخاص: ISAPRES

في ١٩٨١ بدأ إدخال آليات السوق في ميدان الصحة مع تأسيس ISAPRES وهي المؤسسات الصحية التي أنشئت على منوال منظمات صيانة الصحة في الولايات المتحدة (HMO's) . وهذه المؤسسات الصحية هي "كيانات قطاع خاص تمنح سلسلة من التأمين الصحي وحزم تعويضات للعاملين في مقابل مساهمة أساسية تبلغ ٧ ٪ من الراتب إلى جانب اشتراك أولي إضافي بين ٢-٣ ٪ بناء على حجم حزمة التعويضات" (٢) . وحتى ١٩٨٩ ، كانت الحكومة تمنح دعماً مالياً قدره ٢ ٪ للمواطنين محدودي الدخل للالتحاق بهذه المؤسسات الصحية . ألغى الدعم المالي بسبب آثاره السيئة على كل من نظام الصحة العامة وعلى صحة الفئات منخفضة الدخل ، الذين غالباً ما ينجذبون إلى نظام

---

(2) Brian Cartin, "The Effectiveness of the Reform" in M. A. Cruz-Saco and C. Mesa-Lago, Do Options Exist? The Reform of Pensions and Health Care Systems in Latin America (Pittsburgh: University of Pittsburg Press, 1999) p. 210.

القطاع الخاص الصحي بواسطة دعايته، وليس بسبب نوعية الخدمات ولا كميتها التي هي بالنسبة للعديد أسوأ من الخدمات التي يقدمها القطاع العام، وبأسعار أعلى كثيرا. وظل القطاع الخاص مستمرا من أجل تقديم خدمات العناية بالفئات منخفضة الدخل.

أنشأ حكم بينوشيه نظام القطاع الخاص (ISAPRES) من أجل تحفيز نظم الرعاية الصحية الخاصة، وأدخلته الحكومة مثل كل أشكال إصلاح السوق الأخرى مستهدفة خلق نظام بلا ضوابط يستطيع فيه مقدم الخدمة وضع قواعد اللعبة ويواجه من يشتركون بهذا النظام عددا من المشاكل، مثل استمرار التمييز ضد كبار السن والنساء<sup>(3)</sup>. ورغم إدخال عدد من اللوائح التنظيمية الجديدة على هذا النظام منذ التحول إلى الديمقراطية، تشير بيانات عام ٢٠٠٢ إلى أن ٢.٥٪ فقط من المسجلين بالنظام يبلغ عمرهم ٦٩ عاما أو أكبر بينما تشكل النساء نسبة ٣١.٨٪ منهم فقط. يوجد اليوم حوالي ٣٦ منظمة تتبع هذا النظام، ومنذ ١٩٩٠ تقوم هيئة الإشراف العليا (Superintendencia) بوضع قواعده التنظيمية. خفض إنشاء هذه الهيئة التنظيمية معظم الانتهاكات وممارسات التمييز داخل النظام.

يقوم نظام القطاع العام في الممارسة العملية بدور النظام "الجامع"، حيث إن أولئك الأفراد المشتركين بنظام ال-ISAPRES يستطيعون التحول من النظام العام في أي وقت. ومع ذلك، العودة مرة أخرى إلى إحدى مؤسسات هذا النظام يصبح أكثر صعوبة. وأكثر من ذلك، أصبح سلوكا شائعا أن يبحث الأفراد المشتركين في إحدى مؤسسات ال-ISAPRES عن الرعاية الطبية في القطاع العام إما لأن المؤسسة لا تغطي علاج مرض معين أو بسبب سوء توزيع الخدمات التي تقدمها ال-ISAPRES عبر البلاد<sup>(4)</sup>. وهكذا، بحلول شتاء عام ١٩٩٨ حوالي ٢٠٪ من الذين تلقوا خدمات النظام

---

(3) S. Borzutzky, Vital Connections: Politics, Social Security and Inequality (Notre Dame: Notre Dame University Press, 2002).

(4) Ibid., p.237.

الصحي القطاع العام كانوا في الحقيقة مقيدين في إحدى مؤسسات الـ ISAPRES<sup>(5)</sup> . كان عام ١٩٩٩ هو أسوأ عام لهذا النظام ، حيث إن مؤسساته فقدت حوالي ١٢,٢٪ من المشتركين وسجلت الصناعة خسائر ثقيلة<sup>(6)</sup> . أكثر من ذلك ، تدهور الشعور العام نحو الـ ISAPRES بسرعة بسبب الاتهامات بالتزوير والتمييز ضد الأكبر سنا والأكثر مرضا .

باختصار ، يتشكل النظام الصحي في شيلي منذ عام ١٩٨١ من فرعين : قطاع عام وقطاع خاص ، وللموظفين والعمال حق الاختيار في إيداع نسبة الـ ٧٪ من ضريبة الصحة إما في نظام القطاع العام أو الخاص . يدير الصندوق القومي للصحة (FONASA) النظام الصحي القطاع العام ، والذي يقدم بدوره الاختيار التأميني لتلقي الرعاية إما من خلال مستشفيات القطاع العام أو من خلال نظام فواتير مُمولة جزئيا بالصندوق والجزء الآخر يدفعه المؤمن عليه؛ ويسمح هذا الاختيار للمؤمن عليه بأن يتلقى الرعاية من الأطباء والمستشفيات المشتركة في هذا النظام التأميني . وإذا اختار المؤمن عليه نظام القطاع الخاص ، تذهب نسبة ٧٪ إلى مؤسسة الـ ISAPRE التي يختارها ، والتي تقدم بدورها أنواعا عدة من الخطط التأمينية . وبناء على الخطة التأمينية التي يختارها المؤمن عليه ، سوف تتضاعف مساهمته في هذا النظام بنسبة تتراوح بين ٤-٧٪ أخرى من أجره . ومع أخذ تكلفة القطاع الخاص في الاعتبار ، يتلقى فقط ٢٦٪ من المؤمن عليهم خدماتهم من القطاع الخاص؛ ويتلقى ٦٢٪ من خلال الصندوق القومي للصحة (FONASA) ونسبة ٣٪ من خلال الخدمات الطبية للقوات المسلحة والشرطة . ويتحمل القطاع العام أيضا مسؤولية تقديم الخدمات الطبية الوقائية ، مثل برامج التطعيم ، والوقائية من الأمراض المعدية وصيانة خدمات المياه والصرف الصحي .

(5) La Tercera Internet, Sept 1, 1998.

(6) El Mercurio electrónico, 29 May 2000, and Superintendencia de Institutos de Salud Previsional, Annual Statistics at [www.sisp.cl/estd/e-sintes](http://www.sisp.cl/estd/e-sintes).

## الانتقال إلى الديمقراطية

انتهى نظام حكم بينوشيه في ١٩٨٩ وحافظت نظم الحكم الديمقراطية الجديدة المنتخبة على استمرار نموذج اقتصاد السوق ، بينما خصصت اعتمادات أكبر وسياسات عامة جديدة لتخفيض الفقر وتحسين مستويات المعيشة لسكان شيلي ، خصوصا الفئات منخفضة الدخل . في مجال الصحة ، تضمنت حقبة بينوشيه تخفيض التمويل الحكومي حتى وصل في عام ١٩٨٥ إلى مستوى أقل من عام ١٩٧٥ بنسبة ٣٦٪ ، ونتج عنه نظام فادح الظلم وعدم المساواة يفضل الفئات ذات الدخل الأعلى والمناطق الحضرية ويعطي القليل للفئات ذات الدخل الأقل والمناطق الريفية<sup>(٧)</sup>.

زاد تحالف يسار الوسط (Concertación) الذي سيطر على حكومة شيلي منذ عام ١٩٩٠ عبر السنوات من الالتزامات المالية في مجال الصحة بشكل ملموس . وارتفع الإنفاق الصحي الإجمالي عام ١٩٩٧ إلى ما يقرب من ٣.٦ مليار دولار أمريكي -حوالي ثلثا هذا الرقم يمثل الإنفاق العام والثلث هو الإنفاق الخاص- وبلغ الإنفاق الإجمالي على الرعاية الصحية عام ١٩٩٧ نسبة ٥.٠٢٪ من الناتج المحلي الإجمالي ، وبلغ إنفاق القطاع الخاص ٢.١٣٪ منه . بين عامي ١٩٩٧ و٢٠٠٢ ، نما الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي بما يقرب من ١٥٪ ، وبحلول عام ٢٠٠٢ ، مَوَّل الدعم المالي ٤٨٪ من ميزانية القطاع العام الصحي؛ و٣٣٪ من الميزانية جاءت من الضرائب التي يدفعها المؤمن عليهم و١٧٪ جاءت من مصادر أخرى<sup>(٨)</sup>. بلغ الإنفاق الصحي بالنسبة للفرد ٣٠٣ دولارات أمريكية -محسوبا على أساس سعر تغيير العملة الرسمي- وبلغ الإنفاق الكلي على الرعاية الصحية ٧٪ من الناتج المحلي الإجمالي . تُقدر تكلفة الفرد بحوالي ١٣٣ دولارًا أمريكيًا -محسوبا على أساس سعر تغيير العملة الرسمي- بلغ الإنفاق الصحي الكلي في القطاع الخاص ٥٤٪ من الإنفاق الصحي الكلي ، وهي تكلفة باهظة مع أخذ العدد الصغير من الناس الذين يغطيهم هذا النظام في الاعتبار .

(7) Balance económico y social del régimen militar, Apuntes Cieplan, No 76, 1988.

(8) Sistema Regional de Datos Básicos de Salud-Peril de Salud de PAIS 2001-Chile available on [www.paho.org/spanish/sha/prflchi.htm](http://www.paho.org/spanish/sha/prflchi.htm), pp. 11 & 12.

داخل القطاع الخاص الصحي، تُقدّر نسبة ما يدفعه التأمين الصحي الخاص من تكلفة الخدمة بحوالي ٤٠.٣٪ بينما يدفع المنتفعون مباشرة من جيوبهم ٥٩.٦٪ من التكلفة<sup>(٩)</sup>.

بنهاية التسعينيات، واجه النظام الصحي في شيلي عددا من المشاكل الكبرى تمتد جذورها إلى نقص التمويل الكافي. تضمنت هذه المشكلات النوعية؛ نقص في تقديم خدمات الرعاية الأولية، وبنية تحتية قديمة جدا ومتهالفة للمستشفيات، والاحتياج إلى توفير تغطية للأمراض الكارثية التي تأتي مع التقدم في العمر، لأن معدل توقع البقاء على قيد الحياة في شيلي قد زاد من ٥٤ عاما في ١٩٥٢ إلى ٧٤ عاما بالنسبة للرجال و ٨١ عاما بالنسبة للنساء في ٢٠٠٤<sup>(١٠)</sup>، ومع هذه الزيادة زادت فرص المعاناة من هذه الأمراض الكارثية<sup>(١١)</sup>. وجدت هذه المشكلة جزئيا حلا لها عام ٢٠٠٢ عندما وافقت الـ ISAPRES على ضم فقرة في كل تعاقدها التأمينية توفر حماية أساسية في حالات الأمراض الكارثية<sup>(١٢)</sup>. حدد الترتيب الجديد المرض الكارثي بمعايير التكلفة، وضم كل الأمراض التي تزيد تكلفتها عن الخصومات. وفرت خطة AUGÉ حلاً جديدة أخرى سوف نتناولها بالتحليل أدناه.

ورغم كل الزيادات في الميزانية، ما زالت أكثر المشاكل حسما في نظام الرعاية الصحية هي نقص التمويل والمنافع غير المتساوية للجميع. نسبة الـ ٧٪ الضريبة على الأجر لا تكفي ولا تغطي الاحتياجات الأساسية سواء للقطاع العام أو الخاص. وفي حالة القطاع العام، تغطي نسبة الـ ٧٪ فقط حوالي نصف الميزانية والنصف الآخر ممول بالدعم المالي. ولكن هذا لا يكفي، ونتيجة لذلك يضطر المريض للانتظار حتى يحصل على الرعاية الأساسية؛ والموارد الأساسية، مثل الأدوية والمعدات الطبية،

---

(9) Organización Mundial de la Salud, Core Health Statistics, Available internet.

(10) Ibid.

(11) M. E. Salazar, "Las enfermedades catastróficas y su cobertura" (Catastrophic Diseases and Coverage) en Caviedes ed., p. 109.

(12) Ibid., p 119-130 & Superintendencia de ISAPRES circular 59.

شحيحة؛ وأجور قوة العمل متدنية. في الواقع العملي، نظام الدولة متروك لمهمة رعاية أفقر الفئات الاقتصادية، التي تشمل حوالي ٣ ملايين من السكان الأصليين، إضافة إلى كبار السن وأصحاب الأمراض الخطيرة ٩٥٪ ممن يعانون من الإيدز ويحتاجون إلى الغسيل الكلوي يتلقون علاجاً مجانياً من القطاع العام. وتحتاج الفئات إلى إنفاق صحي عالٍ ولا يعود من وراء علاجهم سوى فوائد قليلة. فيما يتعلق بمسألة المنافع غير المتساوية، مارس النظام بشكل تقليدي تمييزاً ظالماً ضد الفئات الأقل دخلاً ووفر خدمات فقيرة في المناطق الريفية. وهكذا، بينما تتوافر تغطية غزيرة في أحياء ذوي الدخل الأعلى بالمراكز الحضرية الكبيرة، كانت هناك دائماً قوائم انتظار طويلة لخدمات الرعاية المتخصصة والجراحة في أحياء ذوي الدخل المنخفضة<sup>(١٣)</sup>.

جعلت حكومة لاجوس (٢٠٠١-٢٠٠٥) وحالياً حكومة باشيليت من قضية الإنفاق الصحي أولوية لها وزادت بشكل ملموس من ميزانية الرعاية الصحية مع التركيز على ميدانين رئيسيين: تحسين منشآت المستشفيات وزيادة القدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الأولية. وزادت حكومة لاجوس من الإنفاق الصحي حوالي ١٥٪ فيما بين عامي ٢٠٠١ و٢٠٠٣، بما فيها زيادة ٤٪ في ميزانية المستشفيات و ١٤٪ زيادة في ميزانية رعاية استقبال الحالات المرضية الحادة<sup>(١٤)</sup>.

الرئيس باشيليت بحكم كونه دارساً للطب قدم التزامات كبرى لتحسين الرعاية الصحية وزاد بشكل قوي من ميزانية الرعاية الصحية. مثلاً، زادت ميزانية المستشفيات والمعدات الطبية ١٠٦٪ بين عامي ٢٠٠٦ و٢٠٠٧ من أجل تحقيق هدف مستشفى واحد لكل ٣٤ ألف مواطن في المستقبل القريب. احتوت ميزانية ٢٠٠٧ أيضاً ١٦٪ زيادة في ميزانية الرعاية الأولية، وهذه الموارد الجديدة سوف تسمح للنظام الصحي العام بتقديم خدمات رعاية أولية إلى ٥٪ آخرين من السكان (بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٧ زادت ميزانية الرعاية الأولية ٢٠٠٪). ومن المهم أيضاً ملاحظة أن الحكومة

(13) A. E. Latorre, "La reforma de la salud: Una obligación social", Foro, Septiembre 2004.

(14) El Mercurio.com 10 Feb, 2003, available on internet.

قد حسنت من إدارة وأداء المستشفيات العامة من خلال إدخال ممارسات إدارية أفضل وأفكاراً عن التنافسية والاستقلال الذاتي. باختصار بين عامي ٢٠٠٦ و٢٠٠٧، زادت ميزانية الصحة بنسبة ١٣٪ لتصبح حوالي ٤.٥ بليون دولار أمريكي<sup>(١٥)</sup>. ومن المهم أن نذكر هنا أن الناتج المحلي الإجمالي لشيلي هو ٢٠٢ بليون دولار أمريكي والناتج المحلي الإجمالي للفرد هو حوالي ١٢ ألف دولار<sup>(١٦)</sup>. طبقاً لمنظمة الصحة العالمية بلغ الإنفاق الصحي ٦.٢٪ من الناتج المحلي الإجمالي عام ٢٠٠٤، لكن مع التسليم بالزيادة السريعة في الناتج المحلي الإجمالي في السنوات الثلاث الأخيرة فإن الإنفاق الصحي الإجمالي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي قد انخفض فعلياً.

#### إدارة الرئيس لاجوس وخطة AUGE

اتسمت السياسة الصحية لإدارة الرئيس لاجوس بابتكارات صحية كبرى، شملت تطوير برنامج مبتكر ومثير للجدل أطلق عليه الخطة AUGE، أو خطة "الوصول الشامل للرعاية الصحية مع ضمانات صريحة" (من المهم ذكر أن الأحرف الأولى لاسم الخطة في الإسبانية تعني: القوة والكرامة والمجد)، وإدخال أفكار التنافسية والإدارة الذاتية للمستشفيات إضافة إلى خصخصة بناء مستشفيات جديدة. وبينما كان من غير الممكن الاستمرار في محاولة خصخصة بناء وإدارة المستشفيات الجديدة نتيجة المعارضة المكثفة من كل من الائتلاف الحكومي والمعارضة.

وإدخال فكرة الإدارة الذاتية تقدمت وتطورت سريعاً، لكنها لم تحل مشكلة نقص المنشآت العلاجية الكافية.

---

(15) C. Selman Calavaro, "El presupuesto para inversiones de la cartera es mas del doble del aõpasado: El ambicioso portafolio en salud", ElMercurio.com, April 1, 2007, available on internet.

(16) CIA, World Factbook, 2007.

سوف نقوم أولاً بتحليل الخطة ومن ثم نعود إلى السياسات العامة المتعلقة بالمستشفيات. في أبريل ٢٠٠٢، أعلنت وزارة الصحة أنها سوف تبعث إلى الكونجرس بخطة جديدة تستهدف تغطية ٥٦ مرضاً أساسياً وتشمل هذه الأمراض ١٦٠٠ تشخيص مختلف، وأنها سوف تعمل على تكامل القطاع العام والخاص في النظام الصحي. سوف توفر الخطة من بين المنافع الرئيسية خدمات الرعاية المتكاملة للأمومة، لتشمل دعماً مالياً لرعاية الحمل وما بعد الولادة، ورعاية مرضى الداء السكري، والضغط والصرع والإيدز والسرطان والأمراض العصبية من بين أمراض أخرى. ما كان محل التشديد هو أن هذه الأمراض الست والخمسين معاً تمثل ما يقارب ٨٠٪ من الإنفاق الصحي. ومع ذلك، لم تتضمن الخطة تقديم منافع جديدة، ببساطة كانت الخطة شكلاً جديداً من تمويل هذه المنافع التي التزم القطاع العام - في الحال - بتقديمها، ولكنه في الواقع العملي لم يكن يستطيع الوفاء بتكاليفها الاقتصادية. كما استتبع الخطة تطوير بروتوكولات حازمة يستخدمها الأطباء في معالجة الحالات لتخفيض التكلفة.

في الواقع، ما تنطوي عليه الخطة هو مجموعة من ضمانات أربع: ضمانة القدرة على الوصول إلى الخدمات، بناء عليها سوف يتلقى المؤمن عليه الرعاية؛ وضمانة الفرصة، التي تؤكد الرعاية الفورية وسوف تنتهي قوائم الانتظار - من المتوقع أن يحصل المؤمن عليه على جدول زمني للعلاج أثناء الزيارة الأولى - ضمان جودة الرعاية؛ والضمان المالي وهو توافر المال الذي سوف يدفع مقابل الخدمات المطلوبة وأن المؤمن عليه لن يدفع أكثر من ٢٠٪ من تكاليف العلاج. تم تحديد المسؤولية المالية بالنسبة للمشاركة في الدفع طبقاً لشريحة الدخل، ويضع النظام حدوداً للمشاركة في الدفع على ألا تزيد على ما يعادل أجر شهرين مقابل أي علاج. يتلقى السكان الأصليون رعاية مجانية<sup>(١٧)</sup>. وطبقاً لما يقوله أنصار هذه الخطة، فور التنفيذ الكامل لها - منتصف عام ٢٠٠٧ - سوف تنخفض التكلفة الطبية بتحديد عدد الفحوصات وأنواعها التي يطلبها الأطباء لكل علة، وتحسين الإحصائيات الطبية الأساسية حيث إن الستة والخمسين مرضاً التي تغطيها الخطة مسؤولة عن ٨٠٪ من كل الوفيات في شيلي<sup>(١٨)</sup>.

(17) Latorre, op. cit.

(18) Ministerio de Salud, "Plan Auge", available on internet [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl).



اقترحت الحكومة تمويل الخطة بفرض ضرائب جديدة على الكحوليات، والتبغ والبنزين وضرائب القيمة المضافة<sup>(19)</sup>. واحدة من أكثر سمات الخطة إثارة للجدل كانت فكرة تشكيل صندوق للتضامن عن طريق أخذ ٠.٦٪ من ضريبة السبعة في المائة الصحية التي تذهب لمؤسسات الـ ISAPRES واستخدامها لتمويل صندوق جديد لرعاية الأمومة؛ ويدفع هذا الصندوق إعانات مالية لرعاية ما قبل الحمل وما بعد الولادة. أصبح هذا الصندوق بؤرة لنزاع خطير بين الحكومة والـ ISAPRES وأنصارهم في التحالف اليميني المعارض (Alianza por Chile). وبينما كان منطق الحكومة هو أن خلق هذا الصندوق له ما يبرره لأن ٨٠٪ من الأموال التي تُنفق في الإعانات المالية للأمهات تذهب إلى نساء مسجلات في الـ ISAPRES، وجادلت مؤسسات القطاع الخاص بأن الحكومة تسعى لفرض ضريبة جديدة على الطبقة الوسطى وأنها تحاول زعزعة استقرار الـ ISAPRES ونظامها المالي.

وبينما ترى الحكومة أن برنامج AUGE خطوة حاسمة في طريق تحسين الصحة العامة في شيلي، لا يرى الآخرون في البرنامج سوى خطوة نحو خصخصة النظام الصحي بأكمله، حيث إن البرنامج يجبر المستشفيات على التنافس في تقديم الخدمات والمنافع الصحية وتحقيق أكفأ استخدام للموارد. وطبقا لدراسة أجراها سي. بي. كابيتاليس، أحد الاستشاريين في القطاع الخاص، سوف يتحمل المنتفع تكلفة تصل إلى ٥٠-٩٠ ألف دولار أمريكي في السنة وتصل مساهمة الدولة في هذا النظام إلى ٧٨٥٧٨٠ دولارًا أمريكيًا بحلول عام ٢٠١٠، وهي أقل مما تساهم به الدولة اليوم. وطبقا لنفس الدراسة، الهدف النهائي للحكومة هو تخفيض مشاركتها المالية في تقديم الخدمات الصحية بخلق نظام تتنافس فيه المؤسسات على تقديم الخدمة وعلى الأسعار ولا تلعب الدولة فيه سوى دور "مقدم الدعم المالي"<sup>(20)</sup>.

---

(19) Ministerio de Salud, "Financiamiento del Sistema AUGE", available on internet: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl).

(20) Diario Estrategia (8/05/2002), available on internet.

الجمعية الطبية في شيلي (Colegio Médico de Chile)، وهي المعادل للجمعية الطبية الأمريكية، وكانت أحد المناوئين وأعلام صوتاً لخطة AUGE. ورأت الجمعية أن الخطة مقدّر لها الفشل؛ لأنها بُنيت على أسس نظام رعاية صحية منهار يعاني نقصاً في المستشفيات والتكنولوجيا اللازمة، ولأن الجمعية تستشعر أن الخطة هي طريقة لتخفيض الالتزام الحكومي بتقديم الخدمة الصحية. كما عارض الأطباء أيضاً وضع ضوابط بيروقراطية على القرار والممارسة الطبية بهدف احتواء التكاليف. في الواقع، تضمنت الخطة نظاماً تفصيلياً من البروتوكولات التي سوف يستخدمها الأطباء، تشمل نوع وعدد الفحوصات، التي يمكن طلبها والأدوية التي يمكن وصفها لكل مرض من الأمراض التي تغطيها الخطة.

وانتقد الأطباء أيضاً منطق الحكومة في اختيار العلل المرضية التي تشملها الخطة. مثلاً، جمعية طب الأطفال في شيلي وجمعية الأمراض العصبية في الأطفال والمراهقين انتقدت أنه بينما تغطي الخطة أمراضاً نادرة، مثل التكيّس الليفي (Cystic Fibrosis)، وهو المرض الذي يصاب به من ١٠ إلى ١٥ حالة في السنة، فإنها لا توفر أي غطاء لأمراض مثل اضطراب نقص الانتباه والاكتئاب الذي يصيب حوالي ١٥٪ من أطفال شيلي وتنتج عنهما عواقب وخيمة تؤثر على النظام التعليمي والمجتمع ككل. يقول الدكتور توماس ميثا، رئيس الجمعية: "إننا لا نعرف ماهي المعايير المستخدمة لاختيار الأمراض. ونحن نؤمن أنه كان هنالك ثمة معيار على أساس التكلفة ومعدل حدوث حالات جديدة، ولكن يجب استشارة الجمعيات العلمية"<sup>(21)</sup>. بالتأكيد من الصعب فهم معايير الحكومة. وعلى سبيل المثال، غطت الخطة أولياً الاكتئاب بين النساء بين سن ٢٠-٤٤ فقط، ولكنها لم توفر حماية للنساء فوق سن الأربعة والأربعين، وهن على الأرجح أكثر تعرضاً للمعاناة من الاكتئاب؛ والخطة تغطي إدمان الكحوليات والمخدرات فقط للفئة العمرية بين ١٥-٢٤ سنة، وكذلك تغطي الأذان فقط للفئة العمرية بين ١٥ و٢٩ عاماً<sup>(22)</sup>.

(21) V. H. Durán "Médicos critican baja cobertura mental del Auge" El Mercurio, Febrero, 4, 2003, available on internet.

(22) V. H. Durán "Nuevo boycott médico contra el plan AUGE" El Mercurio, Febrero 1, 2003, available on internet.

في يوليو ٢٠٠٤، بعد شهور من المفاوضات، اعتمدت لجنة الصحة في مجلس الشيوخ الشيلي على مسودة توافقية. من أجل الحصول على تأييد ائتلاف الجناح اليميني، اضطرت الحكومة أن تسحب من الخطة بند خلق صندوق للتضامن يفرض تحويل الأموال من مؤسسات القطاع الخاص الصحية (ISAPRES) إلى القطاع العام. وطبقا لبدر و جارسيا، وزير الصحة، قررت الحكومة التوافق والدخول في ترسيات من أجل الحصول على تأييد لقانون الخطة، حيث إنه دون هذه الترسيات كانت الخطة سوف تموت داخل اللجنة<sup>(٢٣)</sup>. يوفر قانون الخطة في صورته النهائية رعاية بضمانات لخمسة وعشرين مرضا في ٢٠٠٥، و ٤٠ آخرين في ٢٠٠٦ و ٥٦ آخرين ٢٠٠٧. تضمن القانون التوافقي أيضا تحديد رسم مشاركة في الدفع بحد أقصى ٢٠٪ لو كانت التكلفة الفعلية أعلى من التكلفة التقديرية الحكومية. أي قيمة تزيد عن الـ ٢٠٪ سوف تتكفل بها إما FONASA أو ISAPRE، بناء على المكان المقيّد به المريض<sup>(٢٤)</sup>. أيضا أنشأ القانون نظاما لبحث النزاعات وحلها قبل التقاضي في حالات سوء الممارسة الطبية لاحتواء القلق المتنامي من ارتفاع تكلفة التعويضات بسبب الإهمال الطبي، وأيضا استجابة لمطلب من المطالب العديدة التي يرفعها الأطباء<sup>(٢٥)</sup>.

استمر الأطباء في معارضة الخطة، وكان نقدهم موجهًا إلى تقييد الخطة لاستقلاليتهم وإلى أن الخطة تولّد مظالم أوسع مما كان قائما في نظام الرعاية الصحية، تضطّهرهم إلى التمييز بين مرضاهم وهو ما اعتبروه غير أخلاقي. غيرت الخطة الجديدة دون شك من الطريقة التي كان يُمارس بها الطب في شيلي وهددت بتقليص حرية الأطباء. إلا أن معارضة الأطباء هذه لم تردع الحكومة والخطة اليوم تعمل بكامل طاقتها وتُترك الأطباء لخيار وحيد وهو قبول الخطة.

كانت النقطة التي أثارت أكثر الجدل والنزاع هي تمويل البرنامج. حتى أعضاء

(23) El Mostrador.CL, May 12, 2004, "AUGE, Minsal justifica exclusión de fondo de compensación". Available Internet <http://www.elmostrador.cl/>.

(24) El Mostrador.CL, May 19, 2004 and July 12, 2004, "Senado aprobó en general el plan AUGE" and "Alianza retira disputada indicación del plan AUGE", available on internet.

(25) El Mercurio, July 16, 2004, Comisión de Salud despacha el AUGE, available on internet.

الائتلاف الحكومي أدركوا عدم وجود تأييد سياسي داخل الائتلاف الحاكم لزيادة ضريبة القيمة المضافة (Value Added Tax) كما أدركوا أنه يجب إعادة تقييم مصادر جديدة للإيرادات.

### الخطة AUGE في التنفيذ ونقص أسرة المستشفيات

منذ البداية الأولى توسعت الخطة في التغطية أولاً لتشمل ٤٠ علة ثم امتدت التغطية لتشمل العلل الست والخمسين كلها منذ منتصف ٢٠٠٧. بنهاية عام ٢٠٠٦، كان موضع فخر وزيرة الصحة، ماريا سوليداد باريا تقرير أن ما يزيد على ٢.٥ ملايين شخص قد استخدموا المنافع المقدمة بواسطة الخطة AUGE. ولاحظت الوزيرة أيضاً أن ١٨٠ ألف شخص قد لجأوا إلى رعاية الاكتئاب التي قدمها البرنامج منذ بداية ٢٠٠٦ لأول مرة، وكان معظم هؤلاء المرضى من النساء<sup>(٢٦)</sup>. قدمت الخطة أيضاً مزايا وخدمات جديدة، تشمل تقديم خدمات إعادة التأهيل لعلاج إدمان المخدرات بين المراهقين الذين زادت أعدادهم سريعاً (تقول التقديرات الرسمية إنه على الأقل ١٢ ألف شاب بين ١٠-١٩ سنة من العمر أدمنوا تناول المخدرات). خصصت الحكومة أيضاً موارد للوقاية، وضمت رعاية الولادة إلى خدمات الخطة الجديدة<sup>(٢٧)</sup>.

وبينما أخذ مؤسسو النظام ينظرون في مستقبله، أثارت عديد من المجالات قلقهم وانتباههم، شاملة تكلفة الأدوية وتوافرها، ونقص المستشفيات وأسرة المستشفيات المطلوبة لمقابلة الطلب الذي سوف ينتج عند التنفيذ الكامل للبرنامج، والتمويل طويل المدى للبرنامج. فمثل كثير من البلدان الأخرى فإن أسعار الدواء في شيلي غالية جداً وتكلفة هذه الأدوية تصل إلى ثلثي ميزانية الرعاية الصحية الكلية للأسرة وتمثل ٩.٢٪ من نفقات الأسرة. اقترحت الوزيرة باريا مضاعفة القدرة على الوصول إلى الأدوية

(26) D. Varas, "Balance del sistema público de salud: Atenciones a depresivos llegan a mas de 180,000 en 2006", ElMercurio.com, Diciembre 28, 2006, available on internet.

(27) P. Elgueda, "Ingreso al plan AUGE: Adolescentes adictos podran optar a terapias garantizadas", ElMercurio.com, Junio 28, 2006.

الجنيسة (generic drugs)، لكن لم تخرج خطة حكومية إلى حيّز التنفيذ بعد<sup>(28)</sup>. أشار استطلاع للرأي أجرته وزارة الصحة في ٢٠٠٦ إلى انتشار واسع لسخط المريض على طريقة وصوله إلى الدواء<sup>(29)</sup>.

وبينما تحتفل الحكومة بشكل مبالغ فيه بالتنفيذ الكامل للبرنامج في يوليو ٢٠٠٧، يتهم الأطباء والخبراء الحكومة بعدم توفير اعتمادات كافية لاستدامة الطلب المتزايد على أسرة المستشفيات. في الواقع، تسبب البرد القارس في نهاية يونيو والأسبوع الأول من يوليو في وباء عمومي لأمراض الجهاز التنفسي وهو ما أظهر عدم استعداد المستشفيات للتعامل مع هذا الطلب المتزايد عليها. وبكلمات الدكتور كاسترو، "أثناء نهاية هذا الأسبوع -الأسبوع الأخير من يونيو- لا توجد أسرة احتياطية في سانتياجو يمكن استخدامها لرعاية حالات المرض بالغة السوء". وحينما زار الدكتور كاسترو المستشفيات الكبرى في سانتياجو استطاع أن يرى كيف يُعالج المرضى في ردهات المستشفى لعدم توافر غرف إقامة خالية لهم. طالب الدكتور كاسترو بزيادة الأموال المخصصة لهذا القطاع "من أجل تنفيذ خطة AUGE في ظروف تتحلى بالمصادقية"<sup>(30)</sup>. تشير الدراسات التي أجراها خبراء اقتصاد الصحة وخبراء آخرون إلى نفس المشكلة.

وفي الوقت الذي تدرك فيه الحكومة أبعاد المشكلة جيدا وتزيد بسرعة من ميزانية بناء المستشفيات كما أشرنا أعلاه، يأتي تنفيذ الخطة AUGE في صورة صب الزيت على النار؛ حيث تنشأ الحاجة إلى مزيد من الأسرة لرعاية مرضى الخطة، وبذلك ينشأ وضع سوف يخفّض ما هو متاح من أسرة لرعاية الحالات الحرجة. المشكلة تخلق وضعاً حاداً على نحو خاص خارج العاصمة سانتياجو. بكلمات وزيرة الصحة، المطلوب هو "مزيج كافٍ من البنية التحتية والتجهيزات الطبية والإخصائيين". وبينما

---

(28) D. Varas, "Estudio nacional sobre satisfacción y gasto sanitario: Fjrmacos pesan en el sector salud", El Mercurio.com, Abril 20, 2007.

(29) Ministerio de Salud, "Estudio nacional sobre satisfacción y gasto en salud, 2006

(30) S. Rivas, "Salud y Colegio Médico chocan por el AUGE", El Mercurio.com, July 2, 2007.

تمول وزارة الصحة مشاريع جديدة موجهة نحو تحسين المستشفيات القائمة وبناء الجديد منها، "يجب أن يتحلى المريض بالصبر حتى تكتمل هذه المشروعات"<sup>(31)</sup>. ويقدر النقص في أسرة الحالات الحرجة بحوالي ٤٠٪.

أصبح سؤال كيف نمول الخطة قضية غير محلولة منذ البدء. شرعت الخطة في التحرك من البداية دون تمويل كافٍ منذ فشلت الحكومة في الحصول من الكونجرس على التمويل المطلوب. تقول دراسة أجراها ريكاردو بيتران وشركاؤه: إنه بينما تتحرك الحكومة نحو التنفيذ الكامل للبرنامج، سوف تعاني جودة الخدمات المقدمة بالتأكيد مع العلم بنقص التمويل الكافي. برناردو لوكيه، من مكتب التوراس للإدارة، يشير أيضا إلى نفس الظاهرة<sup>(32)</sup>.

سوف تصبح مشكلة اليوم هي مشكلة الغد ولكن في صورة أسوأ. طبقا للتقديرات الحكومية، سوف تزيد التكلفة المتوقعة للبرنامج أربعة أضعاف في عام ٢٠٢٠ مع التسليم بحقيقة أن شريحة السكان فوق ٦٠ عاما سوف تزيد إلى ما يقرب ٣.٢ مليون (هم اليوم حوالي ١.٨ ملايين). من الجدير أيضا ملاحظة أن شريحة السكان فوق ٦٠ سنة تصل إلى نسبة ١١.٤٪ من السكان وأن ٧.٤٪ منهم فقراء أو من السكان الأصليين ولا يستطيعون دفع مقابل رعايتهم الصحية<sup>(33)</sup>.

في الإجمال، منذ يوليو ٢٠٠٧، تغطي الخطة AUGE كل العال الست والخمسين المتضمنة في القانون وتعلم الأطباء على مضض كيف يتعاملون مع ضوابط النظام وأحكامه. وفي الوقت الذي زادت فيه الحكومة الحالية من الميزانية ما زال هناك مزيد من الاحتياجات يجب الوفاء بها بشكل فعال لتقديم المنافع الواردة بالخطة AUGE

---

(31) "Crisis hospitalaria en el pas: Ministra de Salud pide paciencia" El Mercurio, Julio 31, 2006, available on internet.

(32) D. Varas, "Duros cuestionamientos de expertos que participan en el desarrollo del plan: Financiamiento pone en jaque al AUGE" Agosto 4, 2006 El Mercurio, available on internet.

(33) gasto en salud hacia 2020 D. Varas, "Estudio de la Superintendencia de Salud; El adulto mayor cuadruplicara" El Mercurio.com, available on internet.

ولتحسين قدرات المستشفيات لخدمة كل من مرضى الخطة AUGE وغيرهم من المرضى الآخرين . ولو كان الهدف من البرنامج تقديم جودة وتوافر الرعاية الطبية في شيلي للجميع وليس للقلة فقط ، ولن تتحقق هذه الأهداف إذا لم تُخصص مزيدا من الاعتماد للبرنامج .

### الخلاصة

شيلي اليوم بلد نام ناجح . ويتمتع باستقرار مالي ، ودين خارجي صغير ، وتضخم بسيط ، وفائض ميزان مدفوعات لا بأس به في ٢٠٠٦ يصل إلى ٦٪ من الناتج الداخلي الإجمالي ، ولهذا قررت الحكومة الاستثمار في الخارج لتجنب ما يُسمى "المرض الهولندي" . وبينما الاستثمار في اتباع سياسات مالية محافظة تُركز على ضرورة استثمار مكاسب صناعة تعدين النحاس في أسواق الأسهم والسندات الآسيوية وأسواق أمريكا اللاتينية وأوروبا يمثل منطقا مقبولا لصانعي القرار الاقتصادي ، فإن زيادة الالتزامات المالية في مجال الصحة يمثل أيضا منطقا مقبولا .

تمتلك خطة AUGE إمكانية لتقديم رعاية علاجية لحوالي ٨٠٪ من أكثر أمراض البلاد خطورة ، لكن لو لم يوفر صانعو السياسات التمويل الكافي لها ، وما سوف ينجم عن الخطة AUGE على الأرجح هو عدد من المشاكل التي سوف تُظهر فقط مدى ضعف النظام الصحي ، بما يشمله من نقص عدد أسرة المستشفيات وقَدَم ونهايك البنية التحتية وسوء التوزيع الشديد للموارد ، الذي يجعل من تقديم رعاية صحية كافية في المناطق الريفية تحديا حقيقيا . وتظهر بوضوح المشاكل التي عانيناها أثناء شتاء ٢٠٠٧ وهي أن مستشفيات سانتياجو ، حيث يجد المرء أكبر عدد من أسرة المستشفيات بالنسبة للفرد ، في مواجهة موجة برد قارس ووباء بأمراض الجهاز التنفسي ، لا تستطيع خدمة الطلب المتزايد على الرعاية الطبية .

تبدو حكومة الرئيس باشيليت ملتزمة بتخفيض الفقر وتحسين الصحة والبرامج الاجتماعية الأخرى الموجهة نحو خلق مجتمع عادل اجتماعيا. من المطلوب الإشادة بالحكومة لزيادتها ميزانية الرعاية الصحية سريعا ، ولكن يبقى مطلوبا عمل المزيد والمزيد. وسوف تصبح ضمانات الخطة AUGE بعناية فورية ، ورعاية كافية وتغطية لحوالي ٨٠٪ من النفقات الطبية ، حقيقة واقعة إذا ما خُصّصت أموال جديدة للرعاية الصحية. دون شك تقوم الخطة على أساس فكرة توفير قدرة متساوية للوصول إلي الرعاية لمن يعاني من نفس الأمراض . ومع ذلك ، من الممكن حل مشكلة الفروق الضخمة في جودة وتوافر الرعاية بين الريف والحضر وبين مرضى الخطة AUGE وغيرهم من المرضى ، فقط من خلال التزام صادق بتمويل البرنامج والاستثمار المطلوب في البنية التحتية من أجل جعل أهداف التضامن والعدالة الاجتماعية حقيقة واقعة.



## الجزء الرابع إفريقيا والحق في علاج الإيدز



## الفصل الثامن

# العدالة والتقاضي: التقدم بالعدالة والتضامن من خلال حقوق مواطني جنوب إفريقيا في التشريعات الصحية

ليزا فورمان Lisa Forman

### المقدمة

تقدم فلسفة أحكام المحكمة الدستورية الجنوب إفريقية تصويراً إبداعياً لطاقت العدالة الاجتماعية واجبة النفاذ داخل الحق في الصحة. تتحدى هذه الفلسفة الاعتراضات التقليدية؛ بإظهار أن نفاذ هذا الحق يحتاج إلى قضايا فاسدة بشكل ديمقراطي أو نتيجتها صفر يدور موضوعها حول الموارد المحدودة. فعليا تفترض تجربة جنوب إفريقيا أن الحقوق الصحية واجبة النفاذ قد تساهم فعليا في درجة أعظم من التضامن الجماعي والعدالة الجماعية. وبينما لا تضمن مقارنة هذه المحكمة كل قضايا الحقوق، فإنها رغم ذلك تسعى لضمان عدم تقييد الحاجات الأساسية للفقراء بالمنافسة بين المصالح الخاصة والعامة. يعني تحقيق هذا التوازن التحول عن مقاربات الحقوق الليبرالية التقليدية، التي تفتت الأفراد إلى ذرات مفصولة عن سياقها الاجتماعي والتركيز على حقوق الأفراد مُستبعدة واجباتهم اللازمة. بدلاً من ذلك، تبنت المحكمة مقارنة للحقوق تُدرك بشكل أفضل حقائق الاعتماد المتبادل بين المجتمعات المحلية والشروط الاجتماعية الاقتصادية المسبقة للاستقلال الذاتي للأفراد ووكالتهم. يحدد سياق الحقوق المستحدث هذا موقع الحقوق الفردية المدنية والاجتماعية داخل إطار العمل المجتمعي المحلي منبثقا من فكرة "الأوبونتو" (ubuntu) الإفريقية التقليدية، التي تشير إلى التضامن الجماعي، والإنسانية والمسئولية المتبادلة وتعترف بالاحترام والكرامة وقيمة كل

أعضاء المجتمع . تقدم مقارنة الحقوق هذه أسلحة قوية لأيدي الفقراء لتحدي منطق القيود الذي يفرضه القطاع العام والخاص على احتياجات الرعاية الصحية الأساسية . إلا أن هذه الفلسفة تُصوّر أيضا حدود التقاضي كأداة تحويل اجتماعي ، وحدود الحقوق الاجتماعية التي تظل محبوسة في مخزن الأمتعة الأيديولوجي حتى في المكان الذي تترسخ أو تكون واجبة النفاذ فيه .

وبينما تعزز مقارنة المحكمة أساسا وجوب نفاذ الحقوق الاجتماعية ، فإن التنفيذ الحذر لأحكام الحقوق الاجتماعية قد يجسد رغم ذلك الاعتراضات الدائمة على هذه الحقوق .

تستكشف هذه الورقة جوانب فلسفة قرارات المحكمة الدستورية حول الحق في الصحة ، بتقديمها

أولا: خلفية للحق في الصحة ومسوغاته التي تستند بشدة إلى قواعد دستورية .

ثانيا: استكشاف قرارات المحكمة الدستورية المبكرة حول هذا الحق .

ثالثا: اللجوء إلى وجوب نفاذ هذا الحق في علاقته بالسياسة الحكومية لعلاج الإيدز .

وأخيرا: الخروج بأفكار حول نقاط قوة ونقاط قصور هذه القرارات في ضوء السوابق القضائية اللاحقة .

### جنوب إفريقيا وترسيخ حق التقاضي في الصحة

لا يمكن إيضاح ترسخ حق التقاضي في الصحة بجنوب إفريقيا دون وضع هذه العملية في مكانها التاريخي خلال انتقال البلاد من حكم الفصل العنصري (apartheid) إلى الديمقراطية الدستورية . قدم نظام الفصل العنصري نموذجا متناقضا للقانون الخالي من الأخلاقيات والنزاهة ، وهو ما كان دافعا لبناء نظام دستوري جديد يلتزم بقوة بمجموعة متكاملة من حقوق الإنسان على كل من المستوى المدني والمستوى

الاجتماعي . بالتأكيد دعم حزب المؤتمر الوطني الإفريقي (ANC) طويلا حماية الحقوق الاجتماعية، مدركا أن الحقوق المدنية وحدها لن تفعل الكثير لتصحيح التفاوت المادي الذي خلقه نظام الفصل العنصري وزاده اشتعالا . هذه البصيرة عبر عنها تعبيرا دقيقا بليغا، نيلسون مانديلا قبل أن يصبح أول رئيس أسود لجمهورية جنوب إفريقيا بعام:

حق التصويت، دون طعام ولا ملاذ آمن ولا رعاية صحية  
سوف يخلق مظهر المساواة والعدالة، بينما التفاوت الفعلي ما زال  
مستحكما. لا نريد حرية دون خبز، ولا نريد خبزا دون حرية...  
إنكار مثل هذه المطالب سوف يعني القبول بالآثار غير الإنسانية  
للحرمان والفقر الجماعي نصيبا للغالب الأعم من شعبنا<sup>(١)</sup>.

رَسَخَ الدستور الأخير مجموعة من الحقوق الاجتماعية والاقتصادية القابلة للتقاضي، في الطعام والصحة والماء والأمن الاجتماعي والسكن والتعليم وحقوق الأطفال في المرافق الاجتماعية الأساسية<sup>(٢)</sup>. هذه الحقوق تحتل مكانا داخل دستور لمرحلة تحول واضحة، بالتزام تأسيسي منتشر في أركان هذا الدستور من أجل خلق دولة مفتوحة قابلة للمحاسبة وسريعة الاستجابة تقوم على أساس المساواة والكرامة والحرية<sup>(٣)</sup>. إضافة إلى الحقوق الاجتماعية الراسخة، تتضمن وثيقة الحقوق بنودا أخرى تقدمية بشكل واضح، مثل حظر التمييز على أساس النوع<sup>(٤)</sup> والاتجاه الجنسي،

(١) خطاب نيلسون مانديلا في حفل تقليده الدكتوراه في القانون، بجامعة سوتشو في تايوان، ١ أغسطس ١٩٩٣.

(٢) قانون رقم ١٠٨ لعام ١٩٩٦ لدستور جمهورية جنوب إفريقيا (الدستور)، قسم ٢٧ (الطعام والرعاية الصحية والمياه والأمن الاجتماعي)، قسم ٢٦ (الإسكان)، ٢٩ (التعليم)، قسم ٢٨ (حقوق الأطفال في مرافق الأمن الاجتماعي). وبينما لم يضمن الدستور المؤقت بين نصوصه الحقوق الاجتماعية الاقتصادية القابلة للتقاضي، فقد ضم عددا من الحقوق المتعلقة بالصحة، إضافة إلى الحقوق الاقتصادية لفئات سكانية يعينها مثل الأطفال والمعتقلين.

Constitution of the Republic of South Africa Act 200 of 1993, assented to 25 January 1994, date of commencement, 27 April 1994, sections 9, 10, 8, 29, 30(1)(c) and 25(1)(b).

(3) Constitution, preamble, and sections 1(a) and (d); 7(1); 36(1); 39(1)(a); 41(c); 195(1)(f) and (g).

(4) Constitution, section 9(3).

والتطبيق الأفقي "للأشخاص الطبيعيين والاعتباريين" شاملا الشركات الكبرى.<sup>(٥)</sup>

يرسخ الدستور عددا من الحقوق المتعلقة بالصحة، تشمل حقوق الأطفال لخدمات الرعاية الصحية الأساسية في القسم ٢٨ (١)(c) وحقوق المسجون في علاج طبي كاف في القسم ٣٥ (٢)(e)<sup>(٦)</sup>. الحق الشامل في الصحة موجود بالقسم ٢٧، الذي ينص على:

١. يجب أن يمتلك كل شخص الحق في سبل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، بما فيها الرعاية الصحية الإنجابية.

٢. يجب أن تتخذ الدولة إجراءات تشريعية وإجراءات أخرى معقولة، في حدود مواردها المتاحة، لتحقيق تنفيذ فعلي تدريجي لكل من هذه الحقوق.

٣. يجب ألا يُحرم أحد من العلاج الطبي للطوارئ.

تقدم صياغة القسم السابع والعشرين مؤشرا ضعيفا على طبيعة أو مجال الاستحقاقات التي يمنحها الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، ولا توفر المدى المسموح خلاله أن تقيد الموارد المحدودة والتنفيذ التدريجي لهذه الحقوق واجب الدولة نحو ضمان القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية. بموجب الولاية الدستورية هناك بعض التوجيهات حول التزامات الدولة وهي وجوب احترام الدولة للحقوق الدستورية<sup>(٧)</sup> وحمايتها وأن ترتقي وتفي بها، وهو تصنيف مشتق من القانون الدولي يفرض مجموعة من الواجبات الإيجابية والسلبية تحت كل حق<sup>(٨)</sup>. ورغم

---

(5) Constitution, sections 9(3) (equality), 8(2) and 239 (horizontal). On horizontality, see Stephen Ellmann, "A Constitutional Confluence: American 'State Action' Law and the Application of South Africa's Socio-Economic Rights Guarantees to Private Actors" in Penelope Andrews and Stephen Ellmann, eds., *The Post-Apartheid Constitutions: Perspectives on South Africa's Basic Law* (Johannesburg: Witwatersrand University Press, 2001) at 444.

(٦) ورد أيضا الحق في بيئة لا تضر الصحة أو الرفاه في ملحق الدستور (24(a)).

(7) Constitution, section 7(2).

(٨) يفرض واجب الاحترام التزاما سلبيا بالكف عن التدخل في استمتاع الناس بالحقوق، ويتطلب واجب الحماية أن تمنع الدولة الطرف الثالث من التدخل في حقوق الناس؛ ويصف واجب ترقية الحقوق والوفاء بها التزام الدولة الإيجابي نحو =

ذلك فمجال هذه الحقوق ومحتواها يظل محتاجا لاستخراجه من هذه المواد الدستورية غير المتبلورة نسبيا بواسطة تشريعات المحكمة الدستورية المتصاعدة.

أصبح تنفيذ المحكمة الدستورية للقسم السابع والعشرين أكثر صعوبة مع أخذ الندرة النسبية في الاعتبار لتشريعات الحقوق الاقتصادية الاجتماعية التي يُمكن الاهتداء بها على مستوى العالم. ومع الاعتراف المتزايد في الدساتير القومية<sup>(٩)</sup> بالحقوق الصحية، فمن النادر أن تصبح هذه الحقوق واجبة النفاذ بواسطة المحكمة الدستورية مع تسليم الشعور العام واسع الانتشار بأن تنفيذ ذلك سوف يشوه الميزانية بشكل غير عقلاني وينتحل دون حق وظيفة وضع السياسات التنفيذية، وبذلك يُخرق الفصل الديمقراطي السليم بين السلطات<sup>(١٠)</sup>. محور هذه الاعتراضات هو توصيف الحقوق الاجتماعية والمدنية بوصفها حقوقا إيجابية وحقوقا سلبية على الترتيب، حيث يرى المهتمون أن

---

تحقيق القدرة على الوصول إلى الخدمة الصحية. يوجد اعتراف واسع بفكرة تصنيف الحقوق ليطورها هنري شيو للآلية الدولية لحقوق الإنسان ويقدمها أسبجورن أودي أثناء شغله لمنصب المقرر الخاص للحق في الغذاء في أوائل الثمانينيات. انظر:

H. Shue, Basic Rights, Subsistence, Affluence and US Foreign Policy (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1980), and A. Eide, C. Krause and A. Rosas, Economic, Social and Cultural Rights: A Textbook (Dordrecht: Martinus Nijhoff, 1995).

هذا التصنيف معترف به حاليا بشكل رسمي داخل منظمات الأمم المتحدة التي تشرف على الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، انظر على سبيل المثال:

CESCR, "General Comment 3: The Nature of States Parties' Obligations" U.N. Doc. E/1991/23 (CESCR, General Comment 3). CESCR, "General Comment No. 14 (2000): The Right to the Highest Attainable Standard of Health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)" U.N. Doc. E/C.12/2000/4, 11 August 2000 (CESCR, General Comment 14).

(٩) تشير دراسة حديثة إلى أن هناك بنودا في أكثر من ثلثي الدساتير الوطنية كلها تتعلق بالصحة والرعاية الصحية. انظر:

E.D. Kinney and B.A. Clark, "Provisions for Health and Health-Care in the Constitutions of the Countries of the World," Cornell International Law Journal 37 (2004), p. 285, 287.

(١٠) تحددت معالم هذه المستهدفات بكماسة وعولجت في:

"Economic and Social Rights and the Right to Health: An Interdisciplinary Discussion Held at Harvard Law School in September, 1993" Organized by the Human Rights Program, Harvard Law School, and the Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health (Cambridge, MA.: Human Rights Program, Harvard Law School, 1995).

الحقوق الإيجابية تتطلب إجراءات وموارد مكثفة من الدولة حتى تتحقق في الواقع الفعلي على عكس الحقوق السلبية التي تتحقق من خلال عدم التدخل وباستخدام موارد محدودة. ونتيجة لذلك، يحترم القضاة غالباً السياسات الاجتماعية والاقتصادية<sup>(11)</sup>، ويتكأون في الاعتراف بالالتزامات الإيجابية المتعلقة بالرعاية الاجتماعية ويستوجبون تنفيذها<sup>(12)</sup>. ومع ذلك، يصور المعلقون على الحقوق الاجتماعية أنه لا يوجد تمييز دقيق بين الحقوق الإيجابية والسلبية حيث إن الحقوق المدنية تتطلب موارد مكثفة وتدخلًا حكوميًا حتى تتحقق في الواقع العملي<sup>(13)</sup>.

وقد حدث مزيد من التآكل في الحد الفاصل بين الحقوق الاجتماعية والحقوق المدنية بالاعتراف المتنامي أن كل الحقوق تفرض مجموعة من الواجبات السلبية والإيجابية<sup>(14)</sup>. ورغم وجود هذه الرؤى، ما زالت خطوط التمييز ذات الفصل الثنائي هذه مستمرة، وربما تعكس بشكل أكبر الثوابت الأيديولوجية: على سبيل المثال، يتناسب تماماً الفصل الثنائي بين الإيجابي والسليبي مع المفهوم الليبرالي للدولة المحايدة التي لا تتدخل (noninterventionist) والتي تروج بشكل أولي للاستقلال الذاتي للفرد من

---

(11) Dandridge v. Williams 397 U.S. 471 (1970),

في هذه القضية رفضت المحكمة العليا مراجعة الطريقة التي تُصاغ بها المنح الاجتماعية أو إجراءات تقييمها مبررة ذلك بأن "المشاكل الاقتصادية والاجتماعية وحتى الفلسفية التي تتقدم بها برامج معونة الضمان الاجتماعي إلى المحكمة ليست من اختصاصها".

(12) Gosselin v. Québec (Attorney General), 2002 4 S.C.R. 429,

في هذه القضية رفضت محكمة كندا العليا الاعتراف بأن حق أمن جسم الإنسان يضع التزامات إيجابية على الحكومة للدرجة التي تجعلها تقدم ضماناً اجتماعياً

Deshaney v. Winnbago County Dep't of Social Services 489 U.S. 189, 194 (1989),

في هذه القضية رأت المحكمة الأمريكية أن ولاية وسكونسن لا تمتلك واجبات دستورية إيجابية لحماية الطفل من انتهاكات الأب الخطيرة له

Andrews v. Law Society of British Columbia 1989 1 S.C.R. 123,

في الفقرة 194 من حكم المحكمة، قرر القاضي لا فورست أن "الكثير من صناعة قرارات السياسة الاقتصادية والاجتماعية يتجاوز القدرات المؤسسية للمحاكم؛ وأن دورها هو الدفاع ضد العدوان على القيم الجوهرية وليس تخمين قرارات السياسات العامة".

(13) S. Holmes, and C. R. Sunstein, The Cost of Rights (New York: W.H. Norton, 2000) and P. Hunt, Reclaiming Social Rights: International and Comparative Perspectives (Aldershot: Dartmouth Publishing Company, Ltd. 1996).

(14) footnote 8 supra.



خلال حماية حريات الأفراد والملكية الخاصة<sup>(١٥)</sup>. تتقدم بالمثل فكرة الحكومة المحدودة بواسطة القوانين الاقتصادية الدولية ذات التوجه الليبرالي الجديد (neo-liberal) السائد والتي تقدم وصفات بالإنفاق الاجتماعي المحدود، والتحرر من اللوائح المنظمة للاقتصاد والتجارة والخصخصة من أجل تحقيق الأسواق الحرة كوسيلة أولية للتوزيع المادي المنصف<sup>(١٦)</sup>. التناقض الظاهري هنا هو أنه لو تطلبت الحريات المدنية وحماية الملكية فعلياً موارد مكثفة وتدخلاً من الدولة لتحقيقها أكثر مما يتاح لدولة الحد الأدنى، التي تقوم بدور الحارس الليلي، بذلك يتحول دور الدولة إلى دولة تقوم بتدخلات وتعيد التوزيع (redistributive -) ولكن ذلك قد يكون لصالح الملكية interventionist الخاصة وليس الفقراء. وبالمثل، الوفاء باحتياجات حد البقاء لا يمكن أن يكون متناقضاً مع الفلسفات التي تركز على الاستقلال الذاتي للفرد، مع الأخذ في الاعتبار قدر اعتماد الاستقلال الذاتي المكثف على ما يكفي من طعام وملاذ آمن ورعاية صحية<sup>(١٧)</sup>. يفرض صعود الديمقراطية الدستورية ذات التوجه الليبرالي والقوانين الاقتصادية العالمية ذات التوجه الليبرالي الجديد (neoliberal) تحديات للمفاهيم والاستراتيجيات الداعية لتقدم الحق في الصحة مع الأخذ في الاعتبار ميل هذه الاتجاهات الشديدة ضد التدخل في الحريات الفردية والأسواق الحرة. لذلك يصبح التحدي من أجل ضمان الرسوخ القانوني ووجوبية النفاذ القضائية لهذه الحقوق هو معارضة كل من الاعتراضات

(١٥) تعريف الديمقراطية الليبرالية هو أنها "نظام سياسي لا يتميز فقط بالانتخابات الحرة والنزيرة، ولكنه يتميز أيضاً بحكم القانون والفصل بين السلطات وحماية الحريات الأساسية في الكلام والتجمع والدين والملكية" F. Zakaria, "The Rise of Illiberal Democracy" Foreign Affairs (1997), p. 37.

(١٦) تلك هي عقائد النيولبرالية المغلفة في اجتماع واشنطن، وهي مجموعة من الإصلاحات الاقتصادية المتوجهة نحو السوق من أجل خلق نمو اقتصادي. انظر:

John Williamson, "Did the Washington Consensus Fail?" (Speech to the Center for Strategic & International Studies, 6 November 2002), at <http://www.iie.com/publications/papers/williamson1102.htm>.

(١٧) يجسد ذلك هرم إبراهيم ماسلو للاحتياجات الإنسانية الذي يفترض أن البشر يستطيعون إشباع احتياجاتهم العليا كالصداقة والحب والإبداع فور ما يشبعون احتياجاتهم الأساسية الفسيولوجية ومتطلبات الأمن.

Psychological Review (1943) 50, p. 370-396. "A.. H. Maslow, "A Theory of Human Motivation وتقدمت هذه الرؤية بالمثل في مقاربة أمارتيا سن للقرارات التي تفترض أن قدرة الإنسان تعتمد على المستويات الأساسية للصحة والتعليم.

Anchor Books, 2000): A. Sen, Development as Freedom (New York

العملية والأيدولوجية لتنفيذ ذلك ، وإدراك أنه بالنسبة لصناع السياسات والقضاة ، التمييز بين النزعة العملية (pragmatism) والأيدولوجيا عندما يأتي الأمر لهذه الحقوق يجب أن يذوب بدرجة ملموسة.

#### القرارات المبكرة للمحكمة الدستورية المتعلقة بالرعاية الصحية<sup>(١٨)</sup>

بينما أضعف الإطار القديم للحقوق الاجتماعية بدرجة ملموسة في جنوب إفريقيا بواسطة ترسيخ الدستور للحقوق الصحية القابلة للتقاضي ، ظلت الاختيارات القانونية فيما يتعلق بوجوب النفاذ تحدد مدى السلطات الممنوحة للقضاة بشكل مساوٍ. عند التصديق على الدستور ، رفضت المحكمة الدستورية الحجج التي ترى أن الحقوق الاقتصادية والاجتماعية قد منحت المحاكم مهمة تختلف عن باقي الحقوق لدرجة تخرق بها الفصل بين السلطات<sup>(١٩)</sup>. أصرت المحكمة على أن الحقوق الاقتصادية الاجتماعية "على الأقل لحد ما قابلة للتقاضي" وفي الحد الأدنى من الممكن "حمايتها سلبيا من العدوان عليها"<sup>(٢٠)</sup>. وبينما يفتح هذا التصريح الباب للتنفيذ الجبري ، فإنه يفترض أيضا عدم يقين المحكمة حول المدى الذي تذهب إليه القدرة على التقاضي

(١٨) لم تستكشف هذه المقالة قرارات المحاكم الدنيا حول القسم 27 والمتعلقة به. في هذا الخصوص انظر قرارات المحكمة العليا في قضايا:

Van Biljon and others v. Minister of Correctional Services and Others 1997 (4) S. Afr. L. Rep. 441 (Cape Provincial Division); B v. Minister of Correctional Services 1997 (4) S. Afr. L. Rep. 411 (Cape Provincial Division); Residents of Bon Vista Mansions v. Southern Metropolitan Local Council 2001 (Witwatersrand Local Division), Case No: 01/12312 and Treatment Action Campaign and Others v. Minister of Health Provincial Government of the Western Cape and Others (Cape Provincial Division) Case No. 7991/2007.

(١٩) كان ذلك رد فعل على الاعتراضات المثارة من جماعات المجتمع المدني المتوقعة (بشكل أولي من دنيا الأعمال) على الضم الدستوري للحقوق الاجتماعية والاقتصادية في جلسات الاستماع الدستورية حول الترخيص.

Ex Parte Chairperson of the Constitutional Assembly: in re Certification of the Constitution of the Republic of South Africa 1996 (4) S. Afr. L. R 744 (S. Afr. Const. Cr.), at para. 77 (Certification decision).

(20) Certification decision, at para. 78 20.

في هذه الحقوق وبالتبعية حول وجوب نفاذ الواجبات الإيجابية<sup>(٢١)</sup>. لذلك جسدت المحكمة الدستورية تمييزاً حاداً بين الواجبات السلبية والإيجابية كجزء من مقاربتها نحو الحقوق الاجتماعية.

بدأ أول قرارات المحكمة الدستورية حول القسم السابع والعشرين كما لو أنه بالكاد يعطي مشروعية لحق التقاضي في هذا الحق. بدت قضية ثياجراي سوبراموني (Thiagraj Soobramoney) ضد وزير الصحة (Kwa-Zulu Natal)<sup>(٢٢)</sup> كما لو أنها تصوير لعدم ترحيب القضاء بتنفيذ الواجبات الإيجابية واحترام لا لزوم له لقيود الميزانية<sup>(٢٣)</sup>. لجأ السيد سوبراموني للمحكمة الدستورية بعد رفض طلبه إجراء الغسيل الكلوي في مستشفى الدولة التي تقدم حصصاً علاجية لمرضى الفشل الكلوي المزمّن بشرط أن يكونوا مؤهلين لإجراء جراحة زرع الكلى. رفضت المحكمة قضية سوبراموني، حيث وجدت أن فشل المستشفى الإقليمي في تقديم خدمات الغسيل الكلوي لكل مرضى الفشل الكلوي المزمّن لا يخرق التزامات الدولة الواردة بالقسم السابع والعشرين. وبينما أقر القاضي تشاسكالسون الحالة المزمنة والفقر المدقع، الذي يعيش فيه الملايين من مواطني جنوب إفريقيا، لكنه دافع عن ذلك بأن الموارد محدودة وقدر الطلب كان يعني أن "الالتزام غير المشروط بتلبية هذه الاحتياجات لن يستطیع - حالياً - أحد الوفاء به، وأن كل من التزامات الدولة والحقوق المترتبة على هذه الالتزامات نفسها "محدودة بسبب نقص الموارد"<sup>(٢٤)</sup>.

(٢١) انظر تأكيدات الأصدقاء السابقين لرئيس القضاة شاسكالسون أن هذه الحقوق تقع على "حدود الفصل بين السلطات التنفيذية والتشريعية".

A. Chaskalson, "From Wickedness to Equality: The Moral Transformation of South African Law", p. 4 International. Jnl. of Const. L. (2003), p. 590-609 at 601.

(22) Soobramoney v. Minister of Health (Kwa-Zulu Natal) (1998) 1 S.Afr.L.R. 765 (S. Afr. Const. Ct.) (Soobramoney decision).

(23) D. Moellendorf, "Reasoning about Resources: Soobramoney and the Future of Socio-Economic Rights Claims" S. Afr. Jnl. on Hum.Rts. (1998), p. 327-333, at 327; and C. Ngwenya, "The Recognition of Access to Health Care as a Human Right in South Africa: Is it Enough?" Health and Human Rights, (2000), p. 27-44 at 33.

(24) Soobramoney decision, at para. 11.

أظهرت المحكمة برفضها قضية سوبراموني احتراماً بدرجة ملموسة لارتباك الدولة تجاه عدم وجود الموارد المتاحة لتوسيع القدرة على الوصول إلى الغسيل الكلوي . في هذه الظروف ، وجدت المحكمة في الدلائل الاسترشادية رد فعل عقلانياً على ندرة الموارد التي ضخمت من عدد الناس الذين لا يستطيعون الوصول إلى الغسيل الكلوي<sup>(٢٥)</sup> . اعتبرت المحكمة أن السماح لمثل هذه القضايا وأنواع العلاج المكلفة الأخرى قد يحجب بالاحتياجات الصحية الأخرى<sup>(٢٦)</sup> ، وفعلياً بقدرة الحكومة على تلبية الاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية الأخرى<sup>(٢٧)</sup> . كان يعني التوازن بين المصالح المتنافسة أن الحكومة في أوقات معينة عليها أن "تقر بمقاربة شاملة لاحتياجات المجتمع الأوسع أكثر من التركيز على الاحتياجات الخاصة لمجموعة معينة من الأفراد داخل المجتمع"<sup>(٢٨)</sup> .

وبينما يبدو أن هذا القرار يرفض حق أحد الأفراد واجب النفاذ في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية ، كانت المحكمة حذرة عند افتراض أن هذا الحق قابل واقعي للتقاضي ، رغم أنه عبر تقاليد الحقوق المستحدثة ، القواعد التي تقوم عليها ليست الاستقلال الذاتي ولكنها الاعتماد المتبادل بين البشر<sup>(٢٩)</sup> . سوف تتطلب هذه المقاربة الجديدة تكييف تحليل الحقوق التقليدي "ليوفر إطار عمل عريض للمبادئ الدستورية الحاكمة للحق في الوصول إلى الموارد الشحيحة ، وأن يفصل قضائياً بين حاملي الحقوق المتنافسة"<sup>(٣٠)</sup> . وتبعات تنفيذ المحكمة جبرياً هذا الحق هو ما تردد صداه بالمثل في إشارة المحكمة إلى أنها سوف تتدخل على مهل في القرارات العقلانية المتخذة بنية طبية بواسطة الأدوات السياسية والسلطات الطبية التي تتحمل مسؤولية التعامل مع مثل هذه المسائل<sup>(٣١)</sup> .

---

(25) Ibid., at paras 24-25.

(26) Ibidem, at para. 28.

(27) Ibidem, at para. 31.

(28) Ibidem, at para. 32.

(٢٩) انظر مثلاً القاضي ساكن: "بحكم طبيعة الرعاية الصحية نفسها يجب النظر إلى الحق فيها ليس عبر سياق قانوني تقليدي مبني على أفكار الاستقلال الذاتي الإنساني ولكن عبر إطار عمل تحليلي يقوم على فكرة الاعتماد المتبادل بين البشر". Soobramoney decision, at para. 54.

(30) Ibidem, at para. 54.

(31) Ibidem, at para. 29.

تدعم استعداد المحكمة للتدخل في قرارات الحكومة في القضية التالية حول حقوق السكن ، والتي تركت تأثيراً ممتداً على عديد من القضايا التالية لها . وفي القضية بين جمهورية جنوب إفريقيا وجمهريات أخرى ضد إيرين جروتبوم وآخرين<sup>(32)</sup> ، إحدى الأسر احتلت أرضاً مخصصة لسكن منخفض التكلفة ، وأخلتها منهم الدولة بالقوة الجبرية . استندت الدعوى المرفوعة ضد الحكومة إلى حق كل فرد في السكن اللائق والكافي والوارد في القسم ٢٦ وحق الأطفال في الملاذ الآمن بالقسم ٢٨(١)(c) . أسست المحكمة الدستورية في حكمها الاختبار الدستوري للمعقولة كمقياس معياري ؛ لتقييم توافق الدولة مع التزاماتها في الحقوق الاجتماعية الاقتصادية . وحيث إن الحق في السكن يتشارك في نفس فقرة القيود التي تحدد الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية ، جاء تفسير المحكمة الدستورية التفصيلي لالتزامات الدولة في ضوء التحقيق التدريجي ، من خلال الموارد المتاحة مطابقاً بالمثل للقسم السابع والعشرين .

أشارت المحكمة في قرار القاضي يعقوب (Yacoob) ، إلى أنه بينما تتحدد المعقولة على أساس قاعدة كل حالة بحالتها ، ومع العلم بالفقر المدقع والالتزامات الدستورية بالمساواة والكرامة والحرية ، فالالتزام الأولي للدولة هو التصرف بمعقولة من أجل توفير ضروريات الحياة الأساسية لهؤلاء الذين تنقصهم هذه الضروريات<sup>(33)</sup> . واتخاذ "تدابير تشريعية معقولة وتدابير أخرى" يتطلب أن تضع الدولة خطة شاملة وقابلة للتنفيذ للوفاء بالتزاماتها ، لتوفير كل الاحتياجات شاملة الاحتياجات قصيرة ومتوسطة وطويلة المدى إلى جانب احتياجات الأزمات<sup>(34)</sup> . ولذلك ، تعتبر كل التشريعات والسياسات والبرامج التي تستبعد "أقسام مجتمعية ذات وزن" غير معقولة<sup>(35)</sup> .

سعيًا لضمان توفير ضروريات الحياة الأساسية لكل الناس ، على الدولة أن تركز بشكل خاص على احتياجات الفئات الأضعف ، وعلى الأخص الفقراء ، وبشكل أخص

---

(32) Government of the Republic of South Africa & Others v. Irene Grootboom & Others (2000) 11 B.Const. L.R. 1169 (S. Afr. Const. Ct.) (Grootboom decision).

(33) Grootboom decision, at paras. 24 and 44.

(34) Ibidem, at paras. 38, 40, 42 and 43.

(35) Ibidem, at para. 44.

هؤلاء الذين يقاسون الاحتياج العاجل والذي ينفذ الحياة<sup>(٣٦)</sup>.

تتطلب المعقولة من البرامج أن تكون متوازنة ومرنة، وتتحمل فيها الحكومة مسئولية ضمان وضع قوانين وسياسات كافية للوفاء بالتزاماتها<sup>(٣٧)</sup>. وبينما يعني التحقيق المتدرج أن التحقيق الكامل لحق كل فرد في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية ليس دائما ممكنا بشكل فوري، شددت المحكمة على أن الدولة يجب أن تتخذ خطوات للوفاء بشكل فعال بالاحتياجات الأساسية لكل من هم في المجتمع، وأن تفحص - وأينما يكون ذلك ممكنا - العقوبات القانونية والإدارية والعملية والمالية الأدنى طول الوقت<sup>(٣٨)</sup>.

يجب اتخاذ هذه الخطوات على وجه السرعة وبشكل فعال قدر الإمكان وأي تدابير تراجعية عن قصد، سوف تحتاج إلى التبرير الكامل في ضوء كل الحقوق الموجودة بالدستور والموارد المتاحة<sup>(٣٩)</sup>. ومع ذلك، لا تستطيع معقولة أي سياسة أن تفصل عن مستوى الموارد المتاحة والدولة غير مطالبة بأن تفعل أكثر مما تسمح به الموارد المتاحة<sup>(٤٠)</sup>. وهذا يعني توازن الهدف (الوفاء بكل الاحتياجات الأساسية) مع الوسائل<sup>(٤١)</sup>. ويتطلب محاولة الوفاء بكل الاحتياجات، وهو ما له نفس الأهمية، "دعم كاف من الميزانية الحكومية" ويتطلب "أن تخطط الدولة ميزانيتها وتراقب تنفيذها الوافي"<sup>(٤٢)</sup>.

---

(36) Ibidem, at paras. 35 and 43.

(37) Ibidem, at paras. 40 and 43

(38) Ibidem, at para. 45.

(٣٩) يضم هذا الجانب من قرار المحكمة بشكل مباشر تفسير لجنة الأمم المتحدة حول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعبارة "التحقيق المتدرج" الواردة في القانون الدولي لحقوق الإنسان.

CESCR, "General Comment 3: The Nature of State Party Obligations" U.N. Doc. HRI\GEN\1\ Rev.1 at 45 (1994), at para. 9, cited with approval in Grootboom decision, at para. 45.

(40) Ibid., at para. 32.

(41) Ibidem, at para. 46.

(42) Ibidem, at para. 68

ومن الجدير بالذكر أن المحكمة رفضت منطق أصدقاء المحكمة (*amicus curiae*) الاعتراف بفكرة حقوق الإنسان الدولية عن حدود دنيا أساسية للحق في السكن<sup>(43)</sup>. يعترف مفهوم الحدود الدنيا الأساسية بمستويات جوهرية غير قابلة للانتقاص للحقوق الاجتماعية التي لا يمكن تقييدها بسبب الموارد ولا تخضع للتحقيق المتدرج<sup>(44)</sup>. رأت المحكمة أن الاعتراف بحدود دنيا أساسية يتطلب من المحكمة نفسها تحديد محتواها، وهي مهمة معقدة تتطلب معلومات تنقص المحكمة عموما وتتقصها في القضية المنظورة أمامها خصوصا. وفي الوقت الذي رفضت فيه المحكمة استيراد مفهوم الحدود الأساسية، فإنها أشارت إلى أنه من الممكن نسبة الحدود الدنيا الأساسية إلى تمييز ما هي المعقولة<sup>(45)</sup>.

وجدت المحكمة في السياسة القومية للإسكان قصورا عن الواجبات الدستورية للحكومة وأعلنت أن القسم ٢٦ يتطلب برنامجا شاملا؛ لتحقيق الحق في الوصول إلى المسكن الكافي الذي يتضمن تدابير معقولة لتقديم الإغاثة لهؤلاء الذين لا يجدون أرضا ولا سقفا فوق رؤوسهم ويعيشون في ظروف مزرية أو في وضع متأزم. يقصر إسكان الدولة عن التوافق مع مسئوليتها بسبب فشلها في توفير مساكن للفقراء.

يقدم معيار المعقولة صورة لجهد المحكمة الدستورية المبتكر الذي يسعى لموازنة التبعات المؤسسية والديمقراطية؛ لإنفاذ الحقوق الاجتماعية الاقتصادية مع واجبها في حماية أضعف أعضاء المجتمع. بعث القرار برسالة واضحة لكل من الحكومة والمجتمع المدني بأن المحكمة جاهزة لإخضاع السياسات الاجتماعية لمراجعة قضائية وإصدار أوامرها بسياسة متوافقة دستوريا أينما قُصرت السياسات عن المعايير الدستورية. ومع ذلك يثير معيار المعقولة إذا ما قرأناه مصحوبا برفض الحدود الدنيا

---

(43) Ibidem, at paras. 27-33

(44) CESCR, General Comment 3, at para.10. CESCR, General Comment No.14, at paras. 42-47.

(45) Grootboom decision, at para.33.

الأساسية، تساؤلات حول هل كانت الاستحقاقات في الواقع حقا فرديا ضمن خدمات معينة أكثر من كونه "نموذجا قانونيا إداريا لحقوق اجتماعية اقتصادية" يتطلب "وضع أولوية معقولة"<sup>(٤٦)</sup>. ولهذا الحد ظلت أسئلة احتمالات العدالة الاجتماعية لهذه الحقوق مفتوحة.

### بوثة السياسة الوطنية للإيدز والحق في الصحة

وضعت قوة الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية تحت الاختبار تحديداً عند رفض الحكومة توفير أي شكل من أشكال علاج الإيدز في القطاع العام. نبع هذا القرار بقوة من دعم الرئيس مبيكي لإنكار الإيدز، الذي لا يشكك فقط في أن فيروس نقص المناعة البشري (HIV) هو المسبب لمتلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS)، ولكنه يرى أن عقاقير علاج المرض (antiretroviral) سامة بشكل قاتل<sup>(٤٧)</sup>. لوضع العواقب الإنسانية لهذا القرار في سياقها، أوسع جوائح الإيدز انتشارا في العالم تقع في جنوب إفريقيا بحوالي ٥,٥٤ مليون مصاب في ٢٠٠٥، أي ما يوازي تقريبا ١١,٧٪ من إجمالي السكان<sup>(٤٨)</sup>. أصبح الإيدز أكبر سبب مفرد للموت في البلاد، بما يزيد على ٣٠٠ ألف حالة وفاة سنويا<sup>(٤٩)</sup> وما يقرب من مليون و ٢٠٠ ألف حالة وفاة من فيروس

(46) C. R. Sunstein, "Social and Economic Rights? Lessons from South Africa" Constitutional Forum (2000) 11:4, p. 123, 131.

(47) M. Harvey, "How Can a Virus Cause a Syndrome? Asks Mbeki" iClinic (21 September 2000) online: Aegis <http://www.aegis.com/news/woza/2000/IC000906.html>, M. Cohe n, "Mbeki Questions HIV Testing" The Associated Press (24 April 2001), and E. Cameron, "AIDS Denial and Holocaust Denial—AIDS, Justice and the Courts in South Africa," S. Afr. L. J. (2003) 120:3, p. 525.

(48) South African Department of Health, "National HIV and Syphilis Antenatal Sero-Prevalence Survey in South Africa 2005," at <<http://www.doh.gov.za/aids/index.html>>.

لاحظ مع ذلك أن هذا الرقم يقفز كثيرا في الإحصائيات السكانية لفئة البالغين (١٥-٤٩) حيث تقريبا ١٨,٧٨٪ منهم مصابون. انظر التقرير ص ١٧.

(49) R. E. Dorrington et al, The Impact of HIV/AIDS on Adult Mortality in South Africa, Technical Report Burden of Disease Research Unit, Medical Research Council, 2001.



نقص المناعة البشري / الإيدز حتى اليوم<sup>(50)</sup>. يُقدَّر عدد الأطفال اليتامى من جراء ذلك بمليون ونصف المليون طفل<sup>(51)</sup>، وحوالي ٨٠ إلى ٩٠ ألف مولود تنتقل إليهم العدوى من أمهاتهم كل عام.

الطعون القضائية الاجتماعية ضد رفض الحكومة المستميت لتوفير العلاج، اتحدت حول تأخير العلاج ووقوف القطاع العام النشيط في وجه استخدام عقار النيفيرابين (Nevirapine)، وهو العقار المضاد لفيروس نقص المناعة البشري ذي الفعالية المتزايدة في منع انتقال العدوى من الأم للطفل (MTCT)<sup>(52)</sup>، والذي منحتة الشركة المُصنَّعة للدواء ومالكة براءة اختراعه، مجاناً للحكومة لمدة خمس سنوات. ورغم رفض الحكومة المتكرر، نال توسع البرنامج القومي لمنع انتقال العدوى من الأم للطفل دعماً وتأييداً شديداً من وسائل الإعلام والمجتمع الأهلي والطبي<sup>(53)</sup>، يثير حماسهم من جانب الدفاع القانوني والسياسي الوطني ومن الجانب الآخر الاحتجاجات المتنامية بين العاملين في الرعاية الصحية أنفسهم بسبب تداخل الحكومة مع واجبهم الأخلاقي نحو المرضى<sup>(54)</sup>. في أغسطس ٢٠٠٠، واستجابة لهذه الضغوط الاجتماعية المتزايدة، قرر وزير الصحة وتسعة من الممثلين الإقليميين الصحيين أنه فور تسجيل

---

(50) R. E. Dorrington, D. Bradshaw, L. Johnson and D. Budlender, *The Demographic Impact of HIV/AIDS in South Africa: National Indicators for 2004* (Cape Town: Centre for Actuarial Research, South African Medical Research Council and Actuarial Society of South Africa, 2004).

(51) R. E. Dorrington et al., "The Demographic Impact of HIV/AIDS in South Africa: National and Provincial Indicators for 2006," Centre for Actuarial Research, South African Medical Research Council and Actuarial Society of South Africa, at i.

(52) L. A. Guay et al., "Intrapartum and Neonatal Single-Dose Nevirapine Compared with Zidovudine for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 Randomised Trial" *The Lancet* (1999) 354, p. 795-802; Daya Moodley, "The Africa, 9-14 July 2000, abstract no. LbOr2. SAINT Trial: Nevirapine (NVP) versus Zidovudine (ZDV) + Lamivudine (3TC) in Prevention of Peripartum Transmission" (2001) XIII International AIDS conference, Durban, South

(53) "Government Should Provide Anti-retrovirals" *The Mercury* (6 December 2002); and S. A. Karim et al., "Vertical HIV Transmission in South Africa: Translating Research into Policy and Practice" *The Lancet* (2002) 359, p. 992-993.

(54) P. Govender, "Doctors defy drug ban" *Sunday Times* (20 January 2002).

عقار النيفيرابين للاستخدام المحلي ، سوف يجري اختبار هذا العقار لمدة سنتين في موقعين استرشاديين في المقاطعات التسع؛ لتقييم تحديات تشغيل برنامج قومي ولبناء قدرات وبنية تحتية مصاحبة لتدخلات مثل المشورة واختبارات فيروس نقص المناعة البشري (HIV) ومراجعة الممارسات الطبية المطلوبة في مجال التوليد وتغذية الأطفال الرُّضع<sup>(55)</sup>. لم ترد أي إشارات عن متى ستتخذ الحكومة قرارها بإنشاء برنامج قومي شامل بناء على هذه الأنشطة.

حتى ٢٠٠١ كان العديد من المواقع البحثية في مجال انتقال العدوى من الأم لوليدها لم يبدأ العمل بعد، وفي أغسطس ٢٠٠١ قامت حملة العمل من أجل العلاج (TAC)، وهي مجموعة قومية لمناصرة العلاج بعقاقير الإيدز، والأطباء العاملون في القطاع العام ومنظمة غير حكومية لحقوق الأطفال، معاً، بمقاضاة وزير الصحة والإدارات الصحية في المقاطعات بحجة أن تأخر الدولة في توفير عقار النيفيرابين في القطاع العام ورفضها القيام بذلك هو خرق للقسم السابع والعشرين إلى جانب خرقه لحق الأطفال في خدمات الرعاية الصحية الأساسية. دافعت الحكومة عن نفسها بأن تحديد مجال استخدام الدواء في المواقع البحثية، هو أمر معقول مع الأخذ في الاعتبار سعر الدواء وسعر التدخلات الأخرى المصاحبة، وما يتعلق بأمان وفعالية هذا الدواء. وبعد حكم المحكمة العليا ضد الحكومة، استأنفت الحكومة القضية أمام المحكمة الدستورية، بحجة أن قصر البرنامج على المواقع الاسترشادية سوف يساعدها على فهم مطالب تشغيل برنامج ناجح، ويسمح لها بالامتداد بالبرنامج تدريجياً كلما سمحت الموارد بذلك<sup>(56)</sup>. إلا أن الحكومة استهدفت الآن أيضاً استئناف عملية المراجعة القضائية للسياسة الصحية-مدافعة بأن أمر المحكمة العليا يصنع سياسة حكومية، ولذلك فهذا الأمر ينتهك مذهب الفصل بين السلطات، ومن هذا المنظور لا تستطيع المحكمة الدستورية سوى إصدار أمر تفسيري وليس إلزامياً.

(55) South African Department of Health, "Protocol for Providing a Comprehensive Package of Care for the Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) in South Africa", 23 May 2001, at p. 4.

(56) South African Constitutional Court, "Media Summary," <http://www.constitutionalcourt.org.za/Archimages/2478.PDF>.

أصدرت المحكمة الدستورية في يوليو ٢٠٠٢ حكماً بالإجماع يدعم حملة العمل من أجل العلاج (TAC)<sup>(٥٧)</sup>. رفضت المحكمة حجج الحكومة ومثلها حجة الموارد المحدودة جملة وتفصيلاً، مع الأخذ في الاعتبار إقرار الحكومة نفسه بأن قصر الدواء على المواقع التدريجية ليس له علاقة بأسعار الدواء<sup>(٥٨)</sup>، وقد دلت الشهادة أثناء الجلسات، على أن الحكومة قد خصصت مخصصات جديدة بقدر له وزن لعلاج فيروس نقص المناعة البشري شاملاً انتقال العدوى من الأم لجنينها (MTCT)<sup>(٥٩)</sup>. أسقطت المحكمة أيضاً حجج الحكومة فيما يتعلق بفعالية وأمان الدواء نظراً لوزن الأدلة العلمية المتناقضة والخطر المحدود الذي تمثله مقاومة الفيروس<sup>(٦٠)</sup>. أكدت المحكمة أن المعضلة الحقيقية كانت ما إذا كان من المنطقي استبعاد الدواء عن منشآت صحية عامة تتوافر فيها خدمات مشورة واختبار الإيدز بينما يكون الدواء مطلوباً طبياً<sup>(٦١)</sup>. في هذا الخصوص ركزت المحكمة على المعاناة الخطيرة واحتمالات البقاء على قيد الحياة المحدودة للأطفال، وشددت على أن القضية تتعلق بالمواليد الجدد الذين نستطيع إنقاذ أرواحهم باستخدام تدخلات بسيطة ورخيصة التكلفة، وقد تأكد أمان وفعالية مثل هذه التدخلات، والتي تقوم الحكومة نفسها بتوفيرها في مواقع استرشادية بكل مقاطعة<sup>(٦٢)</sup>. وبينما تدرك المحكمة الحاجة إلى تقييم تحديات التشغيل وقضايا متابعة أمان وفعالية الدواء وتطور مقاومة الفيروس له، فإنها شددت على "الحاجة الضاغطة لضمان منع احتمال فقدان الأرواح في هذه الأثناء"<sup>(٦٣)</sup>.

طبقت المحكمة عدة جوانب من قرار "جرونبوم" على القسم السابع والعشرين وبند انتقال العدوى من الأم للطفل (MTCT)، ورأت أن البرامج يجب ألا تتجاهل

(57) Minister of Health and another v. Treatment Action Campaign and others (2002) 5 S.Afr.L.R. 721 (S.Afr.Const.Ct) (TAC decision).

(58) TAC decision, at para. 48.

(59) Ibid, at para. 120.

(60) Ibidem, at paras. 57-66.

(61) Ibidem, at para. 50.

(62) Ibidem, at paras. 71 and 72.

(63) Ibidem, supra note.

الحاجات الملحة؛ وألا تستبعد أقسام ذات شأن من المجتمع<sup>(٦٤)</sup>، وأن سياسة الدولة في هذه الحالة تؤثر على فقراء الناس الذين لا يستطيعون تحمل تكلفة الخدمات الطبية<sup>(٦٥)</sup>. رأت المحكمة أن الأطفال:

احتياجاتهم هي "الأكثر إلحاحاً" وعجزهم عن امتلاك سبيل للوصول إلى عقار النيفيرابين يؤثر بعمق على قدرتهم في التمتع بكل ما يستحقونه من حقوق. تتعرض حقوقهم "لخطر فظيع" نتيجة للسياسات المقررة وينالهم الأذى من سياسة صارمة وغير مرنة تستبعدهم من إمكانية الوصول للعقار<sup>(٦٦)</sup>.

لذلك التزم الدولة هو ضمان وصول الأطفال إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية المتضمنة في القسم الثامن والعشرين، خصوصاً حيثما تتعلق قضية الإيدز به:

أطفال مولودون في مستشفيات أو عيادات عامة لأمهات هن في الجزء الأعظم من السكان الأصليين وغير قادرين على نيل سبيل للوصول إلى العلاج الطبي الخاص الذي يتجاوز إمكانياتهم. هؤلاء الأمهات وأطفالهن هم في الأغلب الأعم يعتمدون على الدولة لتوفر لهم خدمات الرعاية الصحية<sup>(٦٧)</sup>.

وجدت المحكمة أن سياسة الحكومة فشلت في الوفاء بالمعايير الدستورية؛ لأنها استبعدت أناساً كان من الممكن ضمهم بشكل معقول إلى دائرة الذين يحتاجون طبياً

---

(64) Ibidem, at para. 68, quoting Grootboom decision, at paras. 43 and 44.

(65) Ibidem, at para. 70, referencing Grootboom decision, at paras. 35-7.

(66) Ibidem, at para.78.

(67) TAC decision, at para.79.

مثل هذا العلاج<sup>(٦٨)</sup>. ومن الجدير بالملاحظة أن المحكمة اعتنت بالآ يُنظر إليها باعتبارها تتجاوز ولايتها الدستورية، وكذلك أنها تصون قدرتها على إنفاذ القسم السابع والعشرين. وهكذا، من ناحية، رفضت المحكمة بحسم حجج أصدقاء المحكمة (amicus) لاستيراد مفهوم الحدود الدنيا الأساسية إلى القسم السابع والعشرين، ومن ناحية أخرى احتجت بأن الكفاءة المؤسسية ومبدأ الفصل الملائم بين السلطات يحولان دون قيامها بذلك. دافعت المحكمة بقولها إنه: "من المستحيل إعطاء كل الناس - في الوقت نفسه - سبيلا للوصول إلى الخدمات "الأساسية الجوهرية"<sup>(٦٩)</sup>، وأن "كل ما هو ممكن وكل ما يمكننا توقعه من الدولة هو أن تتصرف بمعقولية، من أجل توفير سبل الوصول إلي [الحقوق الاجتماعية والاقتصادية الواردة بالدستور] على أساس تدريجي"<sup>(٧٠)</sup>. إلا أنه وفي نفس الوقت، رفضت المحكمة حجج الحكومة بأن مبدأ الفصل بين السلطات يقيد يديها عن مراجعة السياسة الصحية ويمنعها من صنع أي شيء سوى إصدار أوامر تفسيرية<sup>(٧١)</sup>. أكدت المحكمة بقوة أنه رغم تأهيل التزامات الدولة في ظل الحقوق الاجتماعية والاقتصادية الواردة بالدستور، فإن هذه الحقوق رغم ذلك تخضع للتقاضي ومنحت المحكمة الدستورية سلطة مراجعة السياسة الصحية<sup>(٧٢)</sup>. وبالمثل تمسكت المحكمة بسلطانها الدستورية في منح "الإغاثة الملائمة"<sup>(٧٣)</sup> وصنع "قرارات عادلة ومُنصفة"<sup>(٧٤)</sup>، ودافعت عن ذلك بأن دستورية الإغاثة الإلزامية والاختصاص الإشرافي قد تم تأكيدهما مرارا في التشريعات المحلية والأجنبية<sup>(٧٥)</sup>.

---

(68) Ibidem, at para.125.

(69) Ibidem, at para. 35.

(70) Ibidem, at para. 35.

(71) Ibidem, at para. 96

(72) Grootboom decision, at paras. 93-4, quoted in TAC decision, at para. 24.

(73) Constitution of the Republic of South Africa Act 108 of 1996, at section 38.

(74) Constitution, section 172(1)(a).

(75) TAC decision, at paras. 100-112

وبينما نكصت المحكمة الدستورية عن ممارسة اختصاصها الإشرافي في قضية حملة العمل من أجل العلاج (TAC)، فقد جاء قرارها متضمنا إعلان مسئولية الحكومة عن تخطيط وتنفيذ برنامج شامل لمكافحة انتقال العدوى من الأم لوليدها (MTCT)، وفوضت الحكومة سلطة الإزالة الفورية للقيود والموانع التي تحول دون استخدام الدواء وتوفيره في القطاع العام، وأن تقوم بتدريب القائمين بالمشورة وأن تتخذ خطوات معقولة؛ لامتداد المنشآت التي تجري الاختبارات وتقدم المشورة عبر القطاع الصحي العام كله.

### تقييم مساهمة التشريع في التضامن والعدالة

تصور هذه القضايا إذا ما قرأناها في صيغة القرارات الأخيرة نقاط قوة وحدود سلطة الإنفاذ التشريعية للحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. وبينما يبدو أن قضية سوبراموني تفترض مقارنة جنينية لتوازن الحقوق التي تُفضل المصالح الجماعية على دعاوى حقوق الفرد الملحة، تشير قرارات المحكمة الدستورية الأخيرة إلى أن المصالح الجماعية لا تقيدها بالضرورة دعاوى الحقوق الفردية، وأن المجتمع الذي تقوم قواعده على التقدم بكرامة الفرد والمساواة والحرية لا يستطيع أن يتجاهل احتياجات الفقراء مع سعيه لتحقيق الرفاه للجميع. وهكذا، في كل من قراري قضيتي جروتبوم والحركة من أجل العلاج (TAC)، احتياجات فقراء السكان والفئات الأضعف أخذت أولوية تفوق تأكيدات الحكومة المتنافسة على قيود الموارد وعجز القدرات. ولنفس المدى، تتبع هذه الأولوية من الرسخ الدستوري للحقوق الاجتماعية القابلة للتناقص، التي تعزز إلى حد كبير أهمية احتياجات الرفاه الفردي في عملية صنع القرار القضائي، حتى ضد قيود الموارد الحكومية. تنعكس هذه الأولوية في قضية خوسا وآخرين ضد وزير التنمية الاجتماعية وآخرين في عام ٢٠٠٣، حيث وجدت المحكمة أن استبعاد السكان الدائمين من استلام المنح الاجتماعية ينتهك التزامات الدولة بتقديم سبل للوصول إلى الأمن الاجتماعي لكل فرد في القسم ٢٧(١)(c)<sup>(٧٦)</sup>. وجدت

---

(76) Khosa and Others v. Minister of Social Development and Others; Mahlaule and Another v. Minister of Social Development and Others, Constitutional Court of South Africa, Cases CCT 12/03; CCT13/03, at para. 38 (Khosa decision).

الحكومة أنه رغم تأكيدات الحكومة حول قضية الموارد المحدودة، "فأهمية توفير سبل الوصول إلى المساعدات الاجتماعية، لكل من يعيش بشكل دائم في جمهورية جنوب إفريقيا وأثر إنكار ذلك على الحياة والكرامة"، يفوق بكثير الاعتبارات المالية<sup>(٧٧)</sup>.

يتجسد أثر إعطاء أولوية للحق في الصحة القابل للتقاضي فوق الاحتياجات العامة للصحة بشكل جيد في حكم المحكمة في قضية نيو كليक्स (New Clicks) عام ٢٠٠٥، حيث اعترضت عدة سلاسل الصيدليات على اللوائح التنفيذية الحكومية بتخفيض أسعار الأدوية شاملة فرض رسم منصرف دواء ثابت يدفعه الصيدلة<sup>(٧٨)</sup>. دافعت سلاسل الصيدليات عن موقفها بأن هذا الرسم سوف يكبد خدمات صرف الدواء خسارة، وبذلك يخفض من القدرة على الوصول إلى الدواء ويضر بمهنة الصيدلة. ومع ذلك، اتخذت المحكمة الدستورية بالإجماع موقفاً بأن التشريع يسمح بوضع ضوابط على الأسعار باستخدام اللوائح التنفيذية لتشمل وضع سعر صرف ثابت للدواء<sup>(٧٩)</sup>. وفي الوقت الذي انقسمت فيه المحكمة ٦:٥ ضد سلامة رسم المنصرف على الأدوية، فإنها أيدت دستورية اللوائح التنفيذية مع التسليم بالغرض الدستوري المهم في جعل الحصول على الدواء ميسوراً وتكلفته ممكنة. فعليا، تحققت المحكمة مرات متكررة من صحة أن الغرض من جعل تكلفة الدواء مقبولة هو تمكين الحكومة من الوفاء بالتزاماتها الدستورية الواردة بالقسم ٢٧<sup>(٨٠)</sup>. كانت الأهمية الدستورية لهذا الغرض تعني أنه عندما يأتي الأمر إلى موازنة المصالح العامة والمصالح الخاصة محل النظر، لا تستطيع المحكمة إيجاد معادل بين مصالح الصيدلة والاحتياجات الصحية للجمهور<sup>(٨١)</sup>.

---

(77) Khosa decision, para. 82

(78) Minister of Health & Professor D. McIntyre No v. New Clicks South Africa (Pty) Ltd & Others, Constitutional Court of South Africa, Case CCT 59/04, at para. 661 (New Clicks decision). The legislation in question was the Medicines and Related Substances Control Amendment Act No. 90 of 1997.

(79) New Clicks decision, at paras. 13 and 14

(80) Ibidem, at paras. 16, 84, 314, 514 and 519

(٨١) انظر مثلاً، تأكيد القاضي نجكومو أنه "بينما تمثل مصالح الصيدلة عاملاً يجب أن يؤخذ في الاعتبار... فإنه يجب عليهم التسليم بمصالح الجمهور العام"، New Clicks decision, at para. 519.

أيضا أضاف القرار الصادر في قضية سلسلة نيوكليكس محتوى موضوعيا جديدا للحق، يتجاوز إطار العمل الذي وضعه الدستور للمعقولة والذي اتضحت تفاصيله في الحكم الصادر في قضيتي جروتبوم والحركة من أجل الدواء. في عديد من الأماكن تؤكد الأحكام أن الحق في خدمات الرعاية الصحية يتضمن الحق في الوصول إلى دواء اقتصادي التكلفة<sup>(٨٢)</sup> وهو ما يضع مجموعة من الالتزامات على عاتق الدولة في علاقتها بالتكلفة الاقتصادية<sup>(٨٣)</sup>.

أشارت المحكمة إلى أن أثر الأدوية خصوصا تلك التي يصعب على الفقراء الحصول عليها، تفترض أن تصبح واجبات الدولة هي اتخاذ "تدابير خاصة لمساعدة هؤلاء الأكثر عرضة للمرض وفي نفس الوقت مساعدة أكثر الناس عوزا للموارد"<sup>(٨٤)</sup>. وهكذا تدرك المحكمة أن واجبات الدولة هي ضبط نشاط الأسواق باللوائح التنفيذية المنظمة لحماية احتياجات الصحة العامة، وأكثر من ذلك أن الوضع الراهن نفسه ربما يكون غير معقول ويتطلب تحركا نشطا لعلاج الأمر<sup>(٨٥)</sup>. هذه المراسيم تنشط اعتراف المحكمة بأن الحقوق تتواجد داخل مناخ اجتماعي مترابط ويضع واجبات متلازمة على عاتق اللاعبين الاجتماعيين الآخرين. وهذا يقدم لنا بقوة صورة الجانب الآخر

---

(82) New Clicks decision, at para. 514 and 704.

84 Ibidem, at para. 651. See also para. 706, which states that "[p]rohibitive pricing of medicine ...

would in effect equate to a denial of the right of access to health care."

(٨٣) على سبيل المثال رأت القاضية ساكس أن "منع جني الأرباح الفاحشة من حاصل إنتاج وتوزيع وبيع الأدوية هو أكثر من كونه اختيارا تختاره الحكومة أو تتركه. إنه التزام دستوري ينبع من واجباتها الواردة في القسم السابع والعشرين Ibid., at para. 659. (2)

(84) Ibidem, at para. 651; para. 706,

تنص الفقرة الأخيرة خصوصا على أن "حظر تسعير الدواء سوف يمسوي فعليا إنكار الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية".

(٨٥) جاء في قرار القاضية ساكس في قضية نيوكليكس "يجب عدم استخدام مفهوم المعقولة كأداة محايدة على نحو ظاهر كعرف مستقر مثلما هو الحال في الوضع الراهن يعمل على سد الطريق أمام التحول ويجمد أوجه التحدي في حياتنا العامة... في مجتمع يسوده عدم عدالة التوزيع والإجحاف، هو دفاع عن الوضع الراهن وفشل في صنع التكتلات التصحيحية بدلا من مبادرات إعادة التوزيع التي قد تفتح الباب إلى قدر كبير من المعقولة".

New Clicks decision, at para. 660, incorporating text from footnote 84.



للحكم في قضية سوبراموني ، حين رأت المحكمة في دعوى بالحقوق الفردية في العلاج الباهظ الثمن أنها تفرض تهديدا غير مبرر للمنافع الجماعية.

هذه المقاربة ترى أن المحكمة تضمن وضع الاستحقاقات الفردية داخل تصور أعرض من المسؤولية الجماعية نحو الفقراء . وهكذا ، في الوقت الذي تسعى فيه المحكمة إلى ضمان أقصى منفعة ممكنة من الموارد ، لا تصبح مقاربتها للحقوق نفعية ، وتركز بشكل خاص على الأثر بعيد المدى لحركة ما هو خاص وما هو عام على أفقر أعضاء المجتمع وأقلهم حيلة . تتجسد صورة هذه المقاربة في قضية المجلس البلدي لمدينة بورت إليزابث عام ٢٠٠٣ التي تتناول حقوق السكن ، حيث رفضت إعطاء الإذن بإخلاء واضعي اليد على أرض مملوكة ملكية خاصة لأفراد ؛ لأن المجلس البلدي لم يتخذ خطوات منطقية لإيجاد موقع سكن بديل<sup>(٨٦)</sup> . وشددت المحكمة في الحكم الصادر منها على أنه:

في مجتمع يقوم على الكرامة الإنسانية والمساواة والحرية لا يمكن الافتراض مسبقا أنه من الممكن تحقيق الخير الأعظم للعديد على حساب معاناة فظيعة تقع على القلة ، خصوصا لو أمكن تجنب مثل هذه الآلام البشرية بواسطة تطبيق قدر معقول من الحنكة القانونية والإدارية<sup>(٨٧)</sup>.

أشارت المحكمة إلى أن هذه المقاربة للحقوق تقوم على أساس الفكرة الإفريقية التقليدية المسماة "الأوبونتو" (ubuntu) التي يمكن ترجمتها إلى "الإنسانية" ، "والشخصية الذاتية" ، و "الأخلاقيات" ، التي "تحيط بالقيم الأساسية للتضامن والتعاطف والاحترام

(86) Port Elizabeth Municipality v. Various Occupiers, Constitutional Court of South Africa, Case CCT 53/03, at para. 29 (Port Elizabeth Municipality decision).

(87) Port Elizabeth Municipality decision, at para. 29

والكرامة الإنسانية والانسجام مع الأعراف الأساسية والوحدة الجماعية“<sup>(٨٨)</sup>. تلك هي الفكرة التي تناقشها المحكمة “تغمر النظام الدستوري كله... وتوحد الحقوق الفردية بالفلسفة المجتمعية“<sup>(٨٩)</sup>. تسعى هذه المقاربة للحقوق لضمان ليس فقط تحقيق الحقوق الفردية ولكنها تجعل هذه المهمة أيضا جزءا أصيلا من روحية الشعب الجماعية، التي تتضمن الاحترام والإنسانية المتبادلة. وهكذا، رغم جزم المحكمة بدور دستوري مُقيّد، فإن إنفاذها للحقوق الاجتماعية الدستورية يوفر آلية لعلاج أي مظالم. وبينما يمكن القول إن المحكمة قد لا تستطيع علاج المظالم البنيوية التي قد تكبل بشكل قوي عملية تحقيق الحقوق الاجتماعية، فإن المحكمة تسعى رغم ذلك إلى أن “تخفف على الأقل درجة الظلم والإجحاف وتقلل شدتهما” بتصرفات مثل إخلاء الفقراء من مساكن احتلوها “في ظروف إجحاف لضروريات مُستَحَقّة“<sup>(٩٠)</sup>. وقد ساهمت قرارات المحكمة بالتأكيد في علاج بعض المظالم. على سبيل المثال، لم يحقق قرار المحكمة في قضية الحركة من أجل العلاج (TAC) برنامجا قوميا لمكافحة انتقال العدوى من الأم إلى الطفل (MTCT) فيما يتجاوز ٨٠٪ من العيادات الحكومية<sup>(٩١)</sup> فقط، ولكن هذا القرار وضع أسسا لبرنامج قومي لعلاج الإيدز، والذي أُعلن في ٢٠٠٣<sup>(٩٢)</sup>. بحلول

(88) S v. Makwanyane and Another 1995 (3) S. Afr. L. Rep. 391 (Const. Ct.), at para 308, referenced in Port Elizabeth Municipality decision, at para. 37, footnote 36; David Dikoko v. Thupi Zacharia Mokhatla, Constitutional Court of South Africa, Case CCT 62/05; and Nonkululeko Letta Bhe & Others v. Magistrate, Khayelitsha & Others; Charlotte Shibi v. Mantabeni Freddy Sithole & Others; South African Human Rights Commission and Women's Legal Centre Trust v. President of the Republic of South Africa and Minister for Justice and Constitutional Development Constitutional Court of South Africa, Constitutional Court of South Africa, Case CCT 49/03, 69/03 and 50/03.

(89) Port Elizabeth Municipality decision, at para. 37

(90) Ibid., at para. 38

(91) Ministry of Health, “100% Coverage for Prevention of Mother to Child Transmission of HIV,” 12 March 2007.

(92) Department of Health, Operational Plan for Comprehensive HIV and AIDS Care, Management and Treatment for South Africa 19 November 2003, (Care Plan) online: Government of Republic of South Africa.

أكتوبر ٢٠٠٦، نال ما يقرب من ١٦٥-١٧٥ ألف شخص سبيلا لعقار علاج الإيدز (antiretrovirals) من خلال هذا البرنامج<sup>(٩٣)</sup>.

إلا أنه بينما تمثل السلطة التشريعية في جنوب إفريقيا صورة الأثر المخفف للتقاضي حول انعدام العدالة والمساواة، لكن هذه السلطة يُظهر أيضا أنها محدودة التأثير في إحداث تغيير عاجل وفعال للسياسات، مثل المظالم التي تنتج عن التنفيذ كما افترض القرار في قضيتي جروتبوم والحركة من أجل العلاج. على سبيل المثال، ما حدث من تغيير على أرض الواقع في سياسة الإسكان، حتى بعد مرور عام من قرار المحكمة في قضية جروتبوم<sup>(٩٤)</sup>، كان قليلا لتلبية احتياجات البائسين من الناس ومن هم في أوضاع أزمات. والصورة تختلف كثيرا عنها بعد قرار المحكمة في قضية الحركة من أجل العلاج (TAC)، ربما بسبب قوة حركة الأنصار المحليين المدافعين عن العلاج الذين استخدموا وسائل الإعلام لتسليط الضوء على التأخير في تطبيق السياسة، والذين أقاموا دعوى بازدراء إجراءات المحكمة ضد رئيس الوزراء الإقليمي بسبب عدم تنفيذه للقرار. تفترض هذه الاختلافات أنه لو كانت التعبئة السياسية بواسطة المجتمع المدني ضرورية لضمان التنفيذ في التوقيت المناسب، سوف تصبح المقاربة القضائية هي المطلوبة من أجل التنفيذ، عبر استخدام الأوامر الملزمة والسلطة القضائية الإشرافية. وهذا هو الخيار الذي تركته المحكمة مفتوحا في قرارها بشأن قضية الحركة من أجل العلاج (TAC)، والذي تستطيع المحكمة استخدامه إذا استمر التزام الدولة بقراراتها فضفاضا أو غير كافٍ. يظل رفض المحكمة لمبدأ الحدود الدنيا الأساسية جانبا في سلطتها التشريعية يثير الجدل على نحو خاص، وتتعرض المحكمة للنقد بسبب تركها ثغرات واسعة ونقاطا مبهمّة كثيرة في كيف يجب على الدولة أن تنفذ عمليا معيار المعقولة (reasonableness) (standard عموما، أو في مجال الصحة خصوصا. على سبيل المثال، يقدم معيار

(93) International Treatment Preparedness Coalition (ITPC), "Missing the Target #3: Stagnation in AIDS treatment Scale Up Puts Millions of Lives at Risk," 28 November 2006, at 45.

(94) K. Pillay, "Implementing Grootboom: Supervision Needed" Economic and Social Rights Review (2002) 3, p. 12.

المعقولة فقط خطوطا استرشادية عريضة للدولة، دون تحديد الأولويات العارضة لتحكم مسار التحقق التدريجي، ولا تعرف حالات الضرورة العاجلة ولا الأوضاع البائسة والفئات الرئيسية التي يجب استهدافها من الفقراء والضعفاء<sup>(95)</sup>.

ورغم ذلك فإن القرار في قضايا جروتبوم، والحركة من أجل العلاج وخوسا ونيو كليكس، يصور أن الطبيعة المجردة لمعيار المعقولة لا تُنقص من قدرته الأوسع على حماية المعوزين والمرضى من الإهمال الحكومي العام ولا عدوان القطاع الخاص. بل الأكثر من ذلك، يصور قرار قضية نيو كليكس أن المحكمة سوف تطور مرة بعد مرة بشكل متزايد المحتوى الجوهرى لهذه الحقوق - إضافة إلى المبادئ الدستورية - الأعرض لمعيار المعقولة. في ضوء ذلك يجب أن ننظر إلى رفض المحكمة لمبدأ الحدود الدنيا الأساسية على أنه يحطم الروح والنية الموجودة خلف مبدأ الحقوق الاجتماعية القابلة للتناقص، بل الأحرى أنه يتناغم بشكل قوي مع الحقوق الاجتماعية القابلة للتناقص.

بالتأكيد يبعث إنفاذ المحكمة للحقوق برسالة واضحة إلى الثقافات القانونية الأخرى فيما يتعلق بقابلية الحقوق الاجتماعية للتناقص والمسئوليات الإيجابية. وهذا يعطي صورة لطاقت الدور القضائي في إنفاذ الحقوق التي تجيب على الاهتمامات العملية حول القضايا التي تنتهي إما بمكسب أو خسارة لأحد الطرفين (zero sum claims) والكفاءة المؤسسية والشرعية الديمقراطية للمراجعة القضائية للسياسات الاجتماعية. إلا أن مقارنة المحكمة الحذرة والكفاء لم تخاطب بالكامل الاعتراضات الأيديولوجية

---

(95) T. Roux, "Understanding Grootboom - A Response to Cass R. Sunstein" Forum Constitutionnel (2002) p. 41-51, at 46, and S. Liebenberg, "South Africa's Evolving Jurisprudence on Socio-economic Rights" Law, Democracy and Development (2002), p. 159. See

also, D. Bilchitz, "Towards a Reasonable Approach to the Minimum Core: Laying the Foundations for Future Socio-economic Rights Jurisprudence" S. Afr. Jnl. on Hum. Rts, (2002) 19, p. 1-126 and M. Pieterse, "Possibilities and Pitfalls in the Domestic Enforcement of Social Rights: Contemplating the South African Experience" Human Rights Quarterly (2004) 26, p.882-905.

على الحقوق الاجتماعية بتجسيد فكرة أن المسؤوليات الإيجابية قابلة للإنفاذ رغم أن ذلك محل تساؤل ، والواجبات السلبية دون شك كذلك<sup>(٩٦)</sup>. لذلك بقيت استجابة المحكمة منزرعة في التمييز الحاد بين الواجبات الإيجابية والسلبية (وظاهريا الحقوق الإيجابية والسلبية) رغم حقيقة أنه قد لا يكون هناك تمييز حاد بين نوع التحركات والموارد المطلوبة لتحقيق هذه الواجبات<sup>(٩٧)</sup>. يفترض هذا التمييز أن تتخلص المحكمة بالكامل من المتاع الأيديولوجي المرتبط بالحقوق الإيجابية، وأن هذا الانحياز الثقافي القانوني المستمر قد لا يخفي العمل التحليلي المطلوب لاستحضار انتهاكات الحقوق والمظالم البنيوية التي تجعل هذه الانتهاكات تستفحل وتستديم.

### الخلاصة

يعكس التشريع في جنوب إفريقيا ظهور تقاليد إفريقية مبتكرة للحقوق أكثر إدراكا للمحددات الاجتماعية للاستقلال الذاتي للفرد والهيئات من مقاربات الحقوق الليبرالية التي تستبعد دعاوى الرفاه الاجتماعي. وبدلاً من ذلك، تحمل المقاربة التشريعية في جنوب إفريقيا وعودا بتقديم حق الوصول المتساوي للرعاية الصحية وتخفيف ويلات الفقر هذه التي يمكن تجنبها منطقياً في حدود تلك الموارد المحدودة. منحت هذه المقاربة القوة والنفوذ للحق في الصحة ضد مصالح القطاع العام والخاص التي تعتدي بشكل غير منطقي على احتياجات الفقراء الأساسية. إلا أن استعداد السلطة القضائية لإعطاء هذا الحق أسناناً هو اختيار مُحدّد بشروط كثيرة، يخضع بعمق لتأثير المفاهيم

---

(٩٦) يتضح ذلك في وضع المحكمة لنظم إنفاذ الواجبات الإيجابية والسلبية البديلة يُفسّر بها كل حق من الحقوق الدستورية (سواء أكان اجتماعياً أم مدنياً). وهكذا، رأت المحكمة أن الحقوق المدنية تفرض واجبات إيجابية يجب تقييمها طبقاً للمعايير الدستورية للمعقولة. من الناحية الأخرى ترى المحكمة أن الحقوق الاجتماعية تفرض واجبات سلبية لا تخضع لمبدأ التحقيق المتدرج وبدلاً من ذلك يجب تقييمها في ظل فقرة الحدود العامة الدستورية.

Rail Commuters Action Group and others v. Transnet Ltd Constitutional Court of South Africa, CCT 56/03, at paras. 70 and 88; and Jaftha v. Schoeman and others; van Rooyen v. Stoltz and Others S. Afr. L. R. (2005) 2, p. 140 (Const. Ct.)

(97) Henry Shue, Basic Rights, Subsistence, Affluence and US Foreign Policy (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1980).

الثقافة القانونية لشرعية الحقوق الاجتماعية، والمفاهيم الأيديولوجية الأعمق لدور الدولة الملائم والسليم؛ مقابل السوق في عملية إعادة التوزيع المادية وعلاج المظالم.

تفترض هذه التأثيرات الأعمق أنه لو اتخذ الحق في الصحة سلطة قضائية، لأصبح عليه أن يتغلغل في هذه المفاهيم الأعمق التي لا تتعلق سطحيًا بالقانون ولكن بالحاكمة - طريقة الحكم - ولا يتطلب هذا بشكل بسيط استهداف التعليم القانوني الذي يدرّب القضاة على مقاربات عتيقة بالية للحقوق الاجتماعية، ولكنه أيضا يعمل نحو استيعاب أوسع وأعرض لهذا الحق كمجموعة كاملة من التوقعات في حاكمية وتجارة - تبادل منافع - سليمة ملائمة فيما يتعلق بالاحتياجات الصحية والاجتماعية. ترى هذه المقاربة في الحقوق أداة محتملة للتحويل، تقدم إطار عمل أخلاقيًا لتحقيق مجتمع أكثر إنسانية يُستجاب فيه للاحتياجات الأساسية كاملة كأمر طبيعي وليس استثناء. وبينما النقاضي وحده لن يحقق هذه المُحصلة، إذا ما وحدناه مع الخطاب الحقوقي، وحركات المناصرة والتعبئة الاجتماعية، قد يمتلك الحق في الصحة المكانة والنفوذ (empowered) بشكل جماعي كأداة علاجية قادرة على وضع قيود معقولة على العمل السياسي والاقتصادي لخدمة المصالح الصحية للفقراء.

## الفصل التاسع

# الأثر طويل المدى للتوسع في علاج فيروس الإيدز (ART) على إضعاف/ تقوية النظم الصحية في إفريقيا جنوب الصحراء: العدالة والمبررات

ستيفاني نيكسون ونينا فينسترا (Stephanie Nixon and Nina Veenstra)

"يعكس الاعتراف العالمي بحقوق العلاج من  
فيروس نقص المناعة البشري تحولا كبيرا في الرؤى  
والأفكار. المطلوب الآن هو تحول آخر من أجل تنفيذ  
هذه الطموحات"<sup>(1)</sup>.

## مقدمة

التوسع في تقديم عقاقير نظام علاج فيروس الإيدز (ART) في إفريقيا جنوب الصحراء هو دون شك تطور إيجابي. أخيرا أصبح تناول تلك الأدوية - طول العمر - مكوّنا لا غنى عنه في استجابة البلدان للقضاء على فيروس نقص المناعة البشري / متلازمة نقص المناعة المكتسبة في أكثر المناطق الموبوءة في العالم ، بعد عقد كامل من استعمالها في البلدان الغنية . ومع ذلك ، وحتى ينجح مثل هذا التدخل يجب أن نفهمه أكثر على أنه تدريب فني على تقديم أقراص الدواء . والبعد المحوري لهذا التحدي ، يشمل الأنظمة الصحية من خلال الخدمات التي تقدمها .

كانت إضافة عقاقير علاج الإيدز (HIV) للرعاية المقدمة لعدوى فيروس نقص المناعة البشري في البلدان الغنية في التسعينيات تطورا ملموسا ولكن هذا التطور لم يهدد استقرار الأنظمة الصحية في هذه البلدان . وعلى النقيض ، النطاق المتزايد جدا

---

(1) R. Loewenson and D. McCoy, "Access to antiretroviral treatment in Africa", British Medical Journal (2004) 328, p. 241-242.

لوباء فيروس نقص المناعة البشري في إفريقيا جنوب الصحراء المرتبط بأنظمة المنطقة الصحية الأقل صلابة نتج عنه على الأرجح سيناريو مختلف جدا. تعاني مناطق إفريقيا جنوب الصحراء من وباء عام مع معدلات انتشار قومية لإصابة البالغين بفيروس نقص المناعة البشري ترتفع فوق ٣٠٪ في بعض الحالات، وهو ما يتناقض بشكل صارخ مع معدلات انتشار تبلغ أقل من ١٪ في أكثر البلدان ثراء في العالم<sup>(٢)</sup>.

أكثر من ذلك، تكافح الأنظمة الصحية في بلدان إفريقيا جنوب الصحراء من أجل الارتقاء بنفسها، بينما هي تحاول في نفس الوقت تلبية مطالب ينوء أمامها بشدة ما تملكه من قدرات. وفيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشري على وجه الخصوص، التحول الجاري في المنطقة من مقارنة الوقاية فقط إلى مقارنة تشمل الوقاية، والعلاج وتقديم الرعاية معا قد تحول بالمطالب والتوقعات المنتظرة من هذه الأنظمة. لذلك يجب أن يحترس المرء عند النظر إلى الغرب للاستفادة من الدروس التي تعلمتها البلدان الغربية حين أدخلت نظام علاج فيروس الإيدز (ART) وكيف أثر في أنظمتها الصحية. بل إن هذا الوضع المستحدث يدعو إلى تحليل تقديم عقاقير نظام علاج فيروس الإيدز (ART) ووضعه في سياق تدعيم الجهود التي كانت الأنظمة الصحية في البلدان الفقيرة تقوم بها طوال عقود.

فعليا، الاعتراف بمغزي هشاشة الأنظمة الصحية في إفريقيا منسوبا إلى النجاح في نشر تقديم أدوية نظام علاج فيروس الإيدز (ART) هو "التغيير في الرؤى" الذي دعا إليه لوينسون وماكوي في النص المقتبس أعلاه.

يخاطب الجزء الأول من هذه الورقة البحثية مسألة كيف تؤثر عملية التوسع في تقديم عقاقير نظام علاج فيروس الإيدز (ART) في الأنظمة الصحية بإفريقيا جنوب الصحراء على المدى الطويل، مستهدفين الغاية المذكورة أعلاه. وسوف نخلص إلى أن التوسع الحالي لسبل الوصول إلى أدوية نظام علاج فيروس الإيدز (ART) تشمل بشكل محتمل مقارنة ما في تقديم الرعاية الصحية تجري عكس العديد من أهداف دعم الأنظمة الصحية في المنطقة.

---

(2) UNAIDS, Report of the global AIDS epidemic 2006, UNAIDS, Geneva (2006).



في الجزء الثاني من هذه الورقة ، نخطب مسألة هل هذا مبرر أم لا؟. بمعنى ، معرفة أن عملية التوسع الحالي في تقديم نظام علاج فيروس الإيدز (ART) سوف تخفض على الأرجح جهود تدعيم الأنظمة الصحية في المنطقة ، وهل ما زال ذلك كافيا لتبرير التحرك قدما؟ نستخلص من ذلك أن التآكل المحتمل في عملية تدعيم الأنظمة الصحية في المنطقة هو أمر مبرر ، شريطة بذل جهود متزامنة في نفس التوقيت؛ لتحسين احتمال تحقق سيناريو "انتقال الإيدز". نناقش هذه الجهود المتزامنة ، بناء على آخر الأبحاث لرسم صورة السيناريو الذي ينشأ حاليا في إفريقيا جنوب الصحراء .

في الجزء الثالث من الورقة ، نفكر مرة أخرى فيما ورد بالجزئين الأول والثاني من أجل الخروج بالدروس المستفادة ، التي قد تثرى معلومات عملية التوسع في تقديم الـ (ART) في إفريقيا جنوب الصحراء بطرق تقلل على الأقل من الآثار المدمرة وبشكل مثالي تفيد تدعيم الأنظمة الصحية في المنطقة . نناقش قيمة التضامن كمبدأ مرشد لوضع خطط التوسع في نظام فيروس الإيدز (ART) ، يتبعها سلسلة من الدروس الملموسة للتحرك قدما .

### الأثر طويل المدى المحتمل للتوسع في نظام علاج فيروس الإيدز (ART) على الأنظمة الصحية في إفريقيا جنوب الصحراء

لا تزال الأنظمة الصحية في بلدان إفريقيا جنوب الصحراء في مرحلة التطور ولم تنضج بعد ، وتُعاد صياغتها بشكل مستمر في محاولة لتصبح أكثر قوة . تتحول أفكار كيف تصبح هذه الأنظمة تحولات كبيرة ، وأكثر قوة عبر الزمن . تعتمد الجهود الحالية اعتمادا شديدا على إعلان ألما آتا الشهير ، حول الصحة والالتزامات المنبثقة منه مثل "الصحة للجميع بحلول سنة ٢٠٠٠". في مركز هذه الرؤية يقوم مفهوم "الرعاية الصحية الأولية" (PHC) ، الذي يحتضن مقاربة شاملة للصحة تخاطب المحددات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية للرفاء والمرض<sup>(٣)</sup> . ومن خلال هذا المفهوم ، تصبح

---

(3) Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR (1978).

رسالة النظام الصحي أعرض من مجرد تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية. تحولت بؤرة اهتمام الأنظمة الصحية من التكنولوجيا المتخصصة في المرض وثقافة رعاية المستشفى العلاجية نحو مقارنة أكثر تكاملا وشمولا واستباقية للرفاه. يحتل الإنصاف مكان الهدف المحوري مصحوبا بمنظور حقوق الإنسان كوسيلة من خلالها يمكن تحقيق هذا الإنصاف. تعرضت مقارنة الرعاية الصحية الأولية للنقد بوصفها مقارنة مثالية، ولكن هذه الفلسفة حملت دروسا جعلتها تصمد في وجه اختبار الزمن<sup>(4)</sup>.

شدت مقارنة إصلاح النظام الصحي (health care reform) التي أعقبت مفهوم الرعاية الصحية الأولية في منتصف الثمانينيات على مجموعة مبادئ مختلفة، أكثرها بروزا مبدأ القيمة الاقتصادية للخدمات. الأسس النظرية لهذه الإصلاحات كان مذهب الليبرالية الجديدة الاقتصادية (neo-liberalism). لذلك استهدفت هذه المقارنة زيادة دور آليات السوق في تقديم الرعاية الصحية بالتوسع في دور القطاع الخاص؛ لتزيد "المشاركة في التكلفة" (cost-sharing) وينصب التركيز على الكفاءة<sup>(5)</sup>. انخفض دور الحكومات إلى الحد الأدنى، من خلال القيود المالية على الإنفاق الموجه للرعاية الصحية القطاع العام ومن خلال تقليل اللوائح التنظيمية العامة للخدمات الصحية. كانت آليات استرداد التكلفة، مثل رسوم المستهلك، مدمرة على نحو خاص بسبب أثرها غير المنصف على استخدام الرعاية الصحية<sup>(6)</sup>. والنتيجة كانت مقارنة للصحة ذهبت ضد العديد من المبادئ التي ارتبطت بالرعاية الصحية الأولية (PCH) وأغضت عينيها عن هدف الصحة للجميع.

---

(4) M. Cueto, "The origins of primary health care and selective primary health care", American Journal of Public Health (2004) 11, p. 1864-1874.

(5) World Bank, World Development Report 1993: Investing in health, World Bank, Washington (1993).

(6) J. Nabyonga, M. Desmet, H. Karamagi, P. Kadama, F. Omaswa and O. Walker, "Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda", Health Policy and Planning (2005) 2, p. 100-108.

ما زلنا نرى مقاربة السياسة الاقتصادية النيو ليبرالية في كل من البلدان الغنية والفقيرة إلى اليوم . تبنت بلدان إفريقيا جنوب الصحراء هذه المقاربة بشكل واسع كشرط للحصول على قروض البنك الدولي وصندوق النقد العالمي أو كنتيجة للضغط الدولية . ومع ذلك ، ومع التوثيق الجيد لأثر هذه السياسات المدمرة على الأنظمة الصحية الهشة ، يتجدد اليوم الحنين للقيم العديدة التي جاءت في صياغة إعلان آلما آتا منذ ثلاثة عقود تقريباً<sup>(٧) - (٨)</sup> .

داخل هذا السياق نأتي إلى مسألة كيف يمكن أن يؤثر هذا التوسع الكبير في تقديم أدوية نظام علاج فيروس الإيدز (ART) على الأنظمة الصحية . على سبيل المثال تشدد أضواء علاج فيروس نقص المناعة البشري (HIV) الباهرة على دائرة النموذج الطبي . ويبدو أنها أيضاً تسير بنا نحو مركزية الرعاية الصحية . في جنوب إفريقيا ، يبدو أن الاستجابة على فيروس نقص المناعة البشري / متلازمة نقص المناعة تعطي أولوية لأهداف تقديم الرعاية قصيرة المدى التي تقوم على المستويات الحكومية الأعلى في تضاد مع هدف التنمية طويلة المدى لتدعيم نظم الحكم المحلي<sup>(٩)</sup> . في الجدول رقم ١ ، يُظهر العمود الأول تحوُّلاً في بؤرة الاهتمام المرغوبة من خلال تدعيم النظام الصحي ، فيما يحدد العمود الثاني إطار تأثيرات التوسع في أدوية نظام علاج فيروس الإيدز (ART) ، التي تعمل بشكل واسع في اتجاهات غير مرغوب بها كثيراً .

---

(7) Global Health Watch, Global Health Watch 2005-2006: An alternative world health report, People's Health Movement, Medact and Global Equity Gauge Alliance (2005).

(8) People's Health Movement, People's Charter for Health, First People's Health Assembly, Dhaka, Bangladesh (2000).

(9) D. Blaauw, L. Gilson, P. Modiba, E. Erasmus, G. Khumalo and H. Scheider, Governmental relationships and HIV/AIDS service delivery, Centre for Health Policy (CHP), University of Witwatersrand, Johannesburg (2004).

الجدول 1: كيف يؤثر التوسع في علاج الإيدز (ART) على جهود تدعيم النظام الصحي

التأثيرات المحتملة للتوسع في علاج الإيدز (ART)	التحولات المرغوبة في بؤرة الاهتمام
العودة إلى الرعاية العلاجية	من الرعاية العلاجية إلى الرعاية الوقائية
العودة إلى النموذج الطبي	من النموذج الطبي إلى مقارنة محددات الصحة المعرض
العودة إلى مستوى الرعاية التخصصية الثالث	من مستوى الرعاية التخصصية الثالث إلى الرعاية الأولية
العودة إلى تقديم الرعاية المركزية الحضرية	من تقديم الرعاية المركزي الحضري إلى رعاية لا مركزية تغطي المناطق الريفية
العودة إلى التركيز على الشئون قصيرة الأمد	من التركيز على الشئون قصيرة الأمد إلى التركيز على أهداف تنموية طويلة الأمد
العودة إلى البرمجة الرأسية	من البرمجة الرأسية للاستجابة على أمراض بعينها إلى الرعاية المتكاملة
العودة إلى التخطيط المركزي من أعلى إلى أسفل	من التخطيط والإدارة المركزية من أعلى إلى أسفل، إلى التخطيط والإدارة اللامركزية التي تقودها المجتمعات المحلية

ومما هو جدير بالذكر على نحو خاص فيما يتعلق بتدعيم النظم الصحية هي الطريقة التي يروج بها التوسع في أدوية الـ ART للبرامج الرأسية في معارضة للنموذج الأفقي . فالبرامج الرأسية، التي تعني هياكل صحية مخصصة لتخطيط وإدارة وتنفيذ مجموعة تدخلات مختارة مقترنة بمرض معين ، هي استراتيجيات للصحة العامة أُستخدِمت

لعقود<sup>(10)</sup>. المنطق العام وراء رأسية العمل هذا هو توفير قدرات أوسع في جهد مُركّز لتخفيض الوفيات والمرض المرتبطة بمرض معين<sup>(11)</sup>. وهكذا، نداء البرامج الرأسية هو نمطياً أعلى صوتاً؛ حيث توجد الأوبئة، والفقر وحيث يتزامن معها الأنظمة الصحية الضعيفة، وهي نفس الحالة التي عليها فيروس نقص المناعة البشري / متلازمة نقص المناعة المكتسبة في العديد من البلدان وخصوصاً إفريقيا جنوب الصحراء.

وبينما تبدو هذه الحجة جذابة بشكل لا يُقاوم، هناك نواحي قصور فادحة الثمن في هذه المقاربة غنية بالدروس من أجل التفكير فيما يتعلق بالتوسع في أدوية نظام علاج فيروس الإيدز (ART). تتعلق بعض نواحي القصور هذه بالتحوّل الحاد الذي حدث في بؤرة الاهتمام التي شرحنا خطوطها العريضة أعلاه. وغالباً ما تعكس البرامج الرأسية على نحو أخصّ رد فعل نموذج طبي، يُنقص من شمول المقاربة التي تخاطب أهم المحددات الضارة بالصحة.<sup>(12)</sup> كذلك كثيراً ما اتخذت البرامج الرأسية تاريخياً مقاربة إدارية من أعلى إلى أسفل في معارضة للمقاربة التي تُفعل دور المشاركة المجتمعية.

تتبع الهموم الأخرى من الطريقة، التي تستطيع بها هذه البرامج الرأسية الترويج لبرامج متعددة موازية تتلخص في أحد الأمراض وتعمل في عزلة عن الآخرين وبطريقة يدعمها غالباً التمويل الخارجي. مفهوم البرامج الرأسية التي تعمل في عزلة وبمستويات عالية من تمويل المانحين يكفل غالباً لهذه البرامج أن تعمل جنباً إلى جنب لتخلق ظروفاً غير مرغوبة في النظام الصحي. من حيث الجوهر، في الوقت الذي قد تكون فيه البرامج الرأسية فعالة في نفسها وبأنفسها، إلا أنها تملك الأثر المحتمل لتفكيك

---

(10) A. Mills, "Mass campaigns versus general health services: what have we learnt in 40 years about vertical versus horizontal approaches?", Bulletin of the World Health Organization (2005) 4, p. 315-316.

(11) V. Oliveira-Cruz, C. Kurowski and A. Mills, "Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate", Journal of International Development (2003) 15, p. 67-86.

(12) A. Mills, "Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency", Social Science and Medicine (1983), p. 1971-1981.

قدرة النظم الصحية المحلية على تقديم خدمات جوهرية متكاملة وشاملة<sup>(13)</sup>. يشمل الضرر الشائع لهذه البرامج اغتصاب الموارد المحدودة غالبا من العاملين الصحيين خارج النظم القائمة ودفعهم إلى القيام بأدوار ذات مراتب أعلى داخل البرامج الرأسية، التي ترعاها منظمات غير حكومية صحية دولية ومانحون<sup>(14)</sup>. ربما نرى هذه العملية بوصفها تجريبا لمهارات العاملين في حقل الرعاية الصحية الأولية؛ حيث إن خبرتهم سوف تتركز في تحقيق أهداف ضيقة على حساب خبرتهم الأعرض في ميدان المطالب الصحية لمجتمعاتهم المحلية<sup>(15)</sup>. وبينما يمثل التمويل الخارجي لبرامج نظام علاج فيروس الإيدز (ART) شيئا جوهريا لا غنى عنه، فإنه يأتي أيضا بقضية من سوف يضع الأولويات الصحية. توضع على المستوى القومي خطط تدخلات فيروس نقص المناعة البشري / متلازمة نقص المناعة المكتسبة وطرق تقديمها. والأمر هكذا، يجب على استراتيجيات التوسع في تقديم أدوية نظام علاج فيروس الإيدز (ART) داخل البلدان وبواسطتها أن تقود عملية توزيع مخصصات الموارد الخارجية وليس العكس.

الصورة الناتجة هي صورة وفقا لها يتم التوسع في أدوية نظام علاج فيروس الإيدز (ART)، بقدر ما هو حاسم في حد ذاته، لكن هذه الصورة تنذر باحتمالات إحباط جهود تدعيم الأنظمة الصحية في بلدان إفريقيا جنوب الصحراء بانحراف بؤر الاهتمام في اتجاهات مرغوبة بشكل أقل. من هذا المنطلق نعود مرة أخرى إلى سؤال هل تبرر هذه الآثار السلبية على النظم الصحية بشكل محتمل التوسع في أدوية نظام علاج فيروس الإيدز (ART) أم لا.

---

(13) WHO, The African Regional Health Report: The health of the people, World Health Organisation, Geneva (2006).

(14) K. Kober and W. Van Damme, "Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job?", The Lancet (2004) 364, p. 103-7

(15) Global Health Watch, Global Health Watch 2005-2006: An alternative world health report, People's Health Movement, Medact and Global Equity Gauge Alliance (2005).

مبررات الأثر طويل المدى للتوسع في علاج فيروس الإيدز (ART) على النظم الصحية تمتد جذور هذه المقاربة الاستثنائية للتوسع في نظام علاج فيروس الإيدز (ART) إلى منطق تناول المراضة والوفيات كمسألة عاجلة، ومن ثم العمل على تخفيض الإصابات الحديثة بفيروس نقص المناعة البشري على المدى المتوسط. سوف ينتج عن تقليل الإصابات الحديثة انخفاض لعبء المرض ويصبح من الممكن إدارته، ساعته من الممكن ضم خدمة تقديم عقاير نظام علاج فيروس الإيدز (ART) إلى الخدمات الصحية عموماً. ولو سار كل شيء كما هو مخطط له سوف تفسح البرامج الرأسية الطريق للمقاربات الأفقية وسوف يتكامل نظام علاج فيروس الإيدز (ART) مع خدمات الصحة الأعرض. لا تختلف هذه المقاربة ومنطقها عن الاستجابة لتفشيات الأمراض السارية الأخرى. فمثلاً، لو كان هناك تفشي لمرض الحصبة، سوف تنشأ خدمات مخصصة كرد فعل على حالة أزمة عاجلة، لعلاج الحالات المرضية الموجودة أولاً وثانياً؛ لمكافحة زيادة انتشار المرض. وفور ما يتم التحكم في انتشار المرض، سوف يصبح مرض الحصبة مرة أخرى واحداً من المشاكل التي تتصدى لها خدمات الرعاية المتكاملة. لهذا تقوم مبررات المقاربات الاستثنائية، مثل هذه المقاربة الممنوحة لعلاج فيروس نقص المناعة البشري، على افتراض أساسي: وهو أن النظام الصحي سوف يصبح قادراً على إدارة عبء المرض في المستقبل المنظور. فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشري /متلازمة نقص المناعة المكتسبة (HIV/AIDS)، هذا يعني أن عدد المتعاشين مع الفيروس والإيدز أو أيهما سوف ينخفض في المدى المتوسط إلى مستوى تستطيع الخدمات الصحية العامة التعامل معه. ومع ذلك هذا المبرر غير مؤكد في حالة الفيروس والإيدز أو أيهما بسبب كل من طبيعة طول موجة الوباء وقلة الخبرة في التعامل مع برامج علاج فيروس الإيدز في إفريقيا جنوب الصحراء. عدم اليقين المحيط بالعوامل التي تشكل الطلب على الرعاية في المستقبل يضعف قدرتنا على التنبؤ باحتمالات انخفاض عبء المرض. إلا أننا نستطيع بشكل معقول أن نتوقع مقدماً مجموعة من السيناريوهات المحتملة المرتبطة بإدخال نظم علاج فيروس الإيدز (ART).

السيناريو الأكثر تفاؤلا يستقي دروسا من التحول السكاني؛ ولذلك يحمل عنوان "مرحلة انتقال الإيدز" الذي أطلقه الاقتصادي ميد أوفر<sup>(16)</sup>. في هذه الحالة، ينخفض معدل الوفيات بسبب الإيدز؛ كلما حصل الناس على النظام العلاجي للفيروس المسبب للإيدز والتزموا به. الأمر المهم أيضا، تنخفض معدلات الإصابة الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري كلما أحدث النظام العلاجي لفيروس الإيدز (ART) أثرا إيجابيا طويل المدى على الوقاية من خلال آليات تشمل خفض انتقال العدوى وتقليل الخوف من وصمة العار، التي تلحق بالمرضى. الأثر الناتج على الأنظمة الصحية هو زيادة أولية في عدد من يطلب الرعاية ثم يعقب هذه الزيادة استقرار في الطلب؛ حيث يصبح عبء إدارة المرض ممكنا أكثر فأكثر. المقاربة الرأسية لعملية تقديم خدمة علاج فيروس الإيدز تؤدي ثمارها وتساعد على التحكم في وضع متروك.

إلا أن السيناريوهات البديلة تؤدي إلى مزيد من النتائج الكئيبة. مثلا، قد لا تنجح برامج علاج فيروس الإيدز (ART) في تحقيق خفض في معدل الوفيات أو الاستمرار في تحقيق هذا الخفض بسبب مشاكل تقديم خدمات البرنامج مثل الوصول إلى الخدمة والدعم والالتزام بتناول الدواء. وسوف يلغي الفشل في خفض معدل الوفيات بدوره تلك الفوائد الناتجة من منع العدوى بفيروس نقص المناعة البشري، ويسبب استمرار ارتفاع معدل الإصابات الجديدة. وإذا ما تصورنا بعض النجاحات الأولية في خفض معدل الوفيات، سوف تكون النتيجة زيادة أولية أيضا في عدد الناس الذين يطلبون الرعاية، ثم تعقبها فترة استقرار في الطلب بشكل ما عندما تعاود معدلات الوفاة سيرتها الأولى. ومع ذلك، سوف يكون العبء الإجمالي للرعاية أعلى في سيناريو "مرحلة انتقال الإيدز" (AIDS transition) وما هو أعظم أهمية، سوف تستمر الجائحة في التفشي.

---

(16) M. Over, "Impact of the HIV/AIDS epidemic on the health sectors of developing countries", in M. Haacker (ed.), The Macroeconomics of HIV/AIDS, (Washington: International Monetary Fund, 2004).



وحتى حينما تتدبر برامج علاج فيروس الإيدز (ART) أمر تحقيق خفض مستدام في معدل الوفيات، قد لا تبدأ تلقائياً "مرحلة الانتقال في الإيدز". ويعود ذلك إلى أن الافتراض بإيجابية تأثير التوسع في برنامج علاج فيروس الإيدز (ART) قد يكون افتراضاً غير صحيح، مع إظهار النتائج الفعلية أن أثر البرنامج قد يكون إما سلبياً أو لا يمتلك أي تأثير على منع المرض. في مثل هذه الحالات تظل معدلات العدوى الجديدة مرتفعة، ويستمر الوباء في الانتشار، ويصل عبء المرض على النظم الصحية إلى أقصاه. يمثل هذه السيناريوهات البديلة، تصبح مبررات إدخال برامج علاج فيروس الإيدز (ART) أكثر صعوبة من منظور أثرها طويل المدى على النظم الصحية؛ لذلك المنطق الذي يفضل رد فعل استثنائي للتوسع في برنامج علاج فيروس الإيدز مرتبط بنجاح سيناريو "مرحلة انتقال الإيدز".

كيف يتحقق على الأرجح سيناريو "مرحلة انتقال الإيدز" في إفريقيا جنوب الصحراء؟ هناك افتراضات يمكن طرحها من أجل البدء في إجابة هذا السؤال. على سبيل المثال، بالتوازي مع العبء المتزايد أو المتناقص لبرنامج علاج الفيروس المُسبب للإيدز الذي يقع على كاهل الأنظمة الصحية، هناك تحولات حادة قد تحدث داخل الأنظمة الصحية بين المديرين وصنّاع السياسات المسؤولين عن وضع الأولويات وتخصيص الموارد. سوف يكون التحوّل من خدمات المرضى المقيمين بالمستشفيات إلى خدمات العيادة الخارجية هو أحد التحوّلات المحتملة في عبء الرعاية المقدمة للعدوى بفيروس نقص المناعة البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسبة<sup>(17) - (18) - (19)</sup>. في إفريقيا جنوب الصحراء، مثل هذه التحوّلات لم تُسجّل بعد؛ لأن مثل هذه البرامج

---

(17) E. Beck, S. Mandalia, I. Williams, A. Power, R. Newson et al., for the NPMS Steering Group, Decreased morbidity and use of hospital services in English HIV infected individuals with increased uptake of anti-retroviral therapy 1996-1997, AIDS (1999) 13, p. 2157-2164.

(18) M. Stoll, C. Class, E. Scuttle, J. Von der Scullenburg and R. Schmidt, "Direct costs for the treatment of HIV-infection in a German cohort after introduction of HAART", European Journal of Medical Research (2002), 7, p. 463-471.

(19) I. Dourado, M. Amélia, D. Barriera and A. Maria, "AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil", Rev Saude Pblica (2006) Suppl, p. 9-17.

العلاجية ما زالت وليدة تماما، رغم أن ذلك هو الهدف المأمول. وميزان هذا القسم هو مراجعة شواهد تباينات التجارب المختلفة في إفريقيا جنوب الصحراء التي تزود افتراضات ركائز سيناريو مرحلة انتقال الإيدز بالمعلومات.

شاهدت البلدان الغنية انخفاضا دائما في معدل الوفيات منذ ظهور علاجات الفيروس المسبب لمرض الإيدز (ART). الجدل حول جدوى إدخال برامج هذا العلاج في مواقع محدودة الموارد<sup>(٢٠) - (٢١)</sup> أبطل سؤال الطريقة الأحسن لتقديم علاج فيروس الإيدز من أجل تحقيق نجاحات إكلينيكية متماثلة<sup>(٢٢) - (٢٣) - (٢٤) - (٢٥)</sup>.

التحديان الأساسيان لتحقيق خفض في معدلات الوفاة ببلدان إفريقيا جنوب الصحراء هما حصول الناس على العلاج مبكرا واستمرار انتظامهم في العلاج، وهما التحديان اللذان لا يحققان حاليا تقدما مؤكدا. أظهر التقييم المبكر لبرامج علاج فيروس الإيدز في إفريقيا أن فاعلية هذه البرامج قد أُخْزِلَتْ بتقدم المرضى للحصول

---

(20) A. Creese, K. Floyd, A. Alban and L. Guinness, "Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence", *The Lancet* (2002) 359, p. 1635-1642.

(21) E. Marseille, P. Hofmann and J. Kahn, HIV prevention before HAART in sub-Saharan Africa", *The Lancet* (2002) 359, p. 1851-1856.

(22) D. Coetzee, K. Hildebrand, A. Boule, G. Maartens, F. Louis, V. Labatula, H. Reuter, N. Ntwana and E. Goemaere, "Outcomes after two years of providing antiretroviral treatment in Khayelitsha", *AIDS* (2004) 6, p. 887-895.

(23) P. Farmer, F. Leandre, J. Mukherjee, M. Claude, P. Nevil, M. Smith-Fawzi, S. Koenig, A. Castro, M. Becerra, J. Sachs, A. Attaran and J. Kim, "Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings", *The Lancet* (2001) 358, p. 404-409.

(24) C. Akileswaran, M. Jurie, T. Flanagan and K. Mayer, "Lessons learned from use of highly active antiretroviral therapy in Africa", *Clinical Infectious Diseases* (2005) 41, p. 376-385.

(25) L. Ferradini, A. Jeannin, L. Pinoges, J. Izopet, D. Odhiambo, L. Mankhambo, G. Karungi, E. Szumilin, S. Balandine and G. Fedida, "Scaling up of highly active antiretroviral therapy in arural district of Malawi: an effectiveness assessment", *The Lancet* (2006) 367, p. 13335-13338.

على العلاج متأخرين<sup>(٢٦)</sup>-<sup>(٢٧)</sup>-<sup>(٢٨)</sup>. ومع ذلك، لا يتوقف قرار متى وأين تتقدم للعلاج على القدرة على تحمل تكلفة العلاج، ولكن يتوقف أيضا على مجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية.

تعرض الجدل الدائر حول الانتظام في تناول علاج فيروس الإيدز في إفريقيا للبتير بتحليل إحصائي لنتائج دراسات أخرى مستقلة متعلقة بالموضوع (meta-analysis) تُظهر أن مستوى الالتزام في إفريقيا جنوب الصحراء أكبر منه في أمريكا الشمالية.<sup>(٢٩)</sup> جاءت هذه النتيجة موضع الترحيب في سياق النجاح المختلط للانتظام في نظم علاجية؛ لأمراض أخرى شائعة في إفريقيا جنوب الصحراء مثل الملاريا والدرن، وعوائق البنية التحتية الصحية، التي يخشى البعض من أنها تساهم في "الفوضى الناتجة عن علاج فيروس الإيدز"<sup>(٣٠)</sup>-<sup>(٣١)</sup>. ومع ذلك اهتمت العديد من البرامج الأولى لعلاج فيروس الإيدز -التي كانت موضوعا لدراسات الانتظام في العلاج بإفريقيا جنوب الصحراء- بفئات سكانية وبمجموعة من الظروف، التي لن تكون بالضرورة هي العُرف العام عندما يتوسع العلاج. وعلى وجه الخصوص، غالبا ما نُفذت هذه البرامج

---

(26) S. Lawn, L. Myer, C. Orrell, L. Bekker and R. Wood, "Early mortality among adults accessing a community-based antiretroviral service in South Africa: implications for programme design", *AIDS* (2005) 19, p. 2141-2148.

(27) P. Weidle, S. Malamba, R. Mwebaze, C. Sozi, G. Rukundo, R. Downing, D. Hanson, D. Ochola, P. Mugenyi, J. Mermin, B. Samb and E. Lackritz, "Assessment of a pilot antiretroviral drug therapy programme in Uganda: patients' response, survival, and drug resistance", *The Lancet* (2002) 360, p. 34-40.

(28) M. Bachmann, "Effectiveness and cost effectiveness of early and late prevention of HIV/AIDS progression with antiretrovirals or antibiotics in Southern African adults", *AIDS Care* (2006) 2, p. 109-120.

(29) E. Mills, J. Nachega, I. Buchan, J. Orbinski, A. Attaran, S. Singh, B. Rachlis, P. Wu, C. Cooper, L. Thabane, K. Wilson, G. Guyatt and D. Bangsberg, "Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America", *Journal of the American Medical Association* (2006) 6, p. 679-690.

(30) A. Harries, D. Nyangulu, N. Hargreaves, O. Kaluwa and F. Salaniponi, "Preventing antiretro-viral anarchy in sub-Saharan Africa", *The Lancet* (2001) 358, p. 410-414

(31) W. Stevens, S. Kaye and T. Gorrah, "Antiretroviral therapy in Africa", *British Medical Journal* (2004) 328, p. 280-282.

في سياق سكان الحضر بتدابير فوق العادة لضمان الانتظام في العلاج ، مثل مشورة الانتظام الشامل في العلاج .

تحتل مسائل مثل عوائق الوصول إلى علاج فيروس الإيدز واحتمالات كسر انتظام هؤلاء غير القادرين على الوصول بسهولة للعلاج ، قلب الاهتمام بقضية البدء المتأخر في العلاج وضعف الانتظام فيه . في إفريقيا جنوب الصحراء ، أكثر العوائق التي يتردد ذكرها عبر مجموعة متنوعة من السياقات هي وصمة المرض وتكلفته<sup>(32)</sup> وتلعب أيضا الصورة العامة لدى الجمهور والأفراد عن منشآت الخدمة الصحية وجودة الرعاية التي تقدمها دورا في انتظام تناول المرضى للعلاج . وتوجد فرضية عامة أن برنامج علاج فيروس الإيدز سوف يساعد على اختراق هذه العوائق ، مهما كانت الشواهد التي تنشأ عن بطء وانخفاض نجاح برنامج علاج فيروس الإيدز (ART) في أماكن العمل بإفريقيا جنوب الصحراء هو الأمر الذي يشجع على مزيد من التفكير في العوامل التي تؤدي إلى النجاح<sup>(33)</sup>.

أكثر من ذلك ، حين يصبح الصراع اليومي من أجل البقاء هو القضية يعلو صوت برنامج علاج فيروس الإيدز ضد عديد من التحديات العميقة الأخرى . ربما يتضح ذلك بشكل صارخ في جنوب إفريقيا؛ حيث نرى المتعاشين مع فيروس نقص المناعة / متلازمة نقص المناعة المكتسبة ينقطعون مرارا عن تناول علاج فيروس الإيدز من

---

(32) G. Mshana, J. Wamoyi, J. Busza, B. Zaba, J. Changalucha, S. Kaluvya and M. Urassa, "Barriers to accessing antiretroviral therapy in Kisesa, Tanzania: a qualitative study of early rural referrals to the national program", *AIDS Patient Care and STDs* (2006) 9, p. 649-657.

(33) A. Padarath, C. Searle, Z. Sibiya, E. Williams and M. Ntsike, Understanding barriers and challenges to community participation in HIV and ARV services, 3rd Public Health Conference 2006 'Making health systems work', Midrand, South Africa (2006).

(34) S. Weiser, W. Wolfe, D. Bangsberg, I. Thior, P. Gilbert, J. Makhema, P. Kebaabetswe, D. Dickenson, K. Mompati, M. Essex and R. Marlink, "Barriers to antiretroviral adherence for patients living with HIV infection and AIDS in Botswana", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (2003) 3, p. 281-288

(35) G. George, "Workplace ART programmes: why do companies invest in them and are they working?", *African Journal of AIDS Research* (2006) 2, p. 179-188.

أجل الاحتفاظ بعدد خلاياهم المناعية (CD 4 count) منخفضاً؛ حتى يستحقوا المنح المالية الحكومية التي تُصَرَّف في حالة العجز. (٣٦)–(٣٧) التحديات المصاحبة لتكامل علاج فيروس نقص المناعة البشري /متلازمة نقص المناعة المكتسبة في نظم صحية هشة، إلى جانب السياق الاقتصادي والسياسي والاجتماعي الأقل استقراراً في إفريقيا جنوب الصحراء، كل ذلك يدعم الحاجة إلى متابعة يقظة وتقييم يقظ كوسيلة لتحليل وحل هذه التحديات من خلالها(٣٨).

تخفيض معدل الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري هو أمر محوري لسيناريو "مرحلة انتقال الإيدز" المذكور أعلاه. أكثر الطرق مباشرة؛ لأن يؤدي برنامج علاج فيروس الإيدز إلى انخفاض حالات العدوى الجديدة ومن هنا عدد الناس الذين يحتاجون إلى العلاج في المستقبل، هو تقليل معدلات العدوى من خلال تخفيض العبء الفيروسي (viral load). وقد ظهر هذا الأثر بالنسبة لكل من الانتقال عبر العلاقات الجنسية والانتقال الرأسي (من الأم إلى الجنين)(٣٩)–(٤٠). ومع ذلك، يظل الأثر طويل المدى لمثل هذا التأثير على مستوى السكان غير واضح ويعود سبب ذلك إلى عوامل مثل المكان الذي يبدأ المرضى فيه علاجهم، ومدى الخلاف بين

---

(36) S. Leclerc-Madlala, Juggling AIDS, grants and treatment in South Africa: predicaments of second phase HIV/AIDS, Anthropology Southern Africa Conference: 'Continuity, Change and Transformation: Anthropology in the 21st Century', University of KwaZulu-Natal, Durban (2005).

(37) N. Nattrass, Trading-off income and health: AIDS and the disability grant in South Africa, Centre for Social Science Research (CSSR), Cape Town (2004).

(38) M. Egger, A. Boulle, M. Schechter and P. Miotti, "Antiretroviral therapy in resource-poor settings: scaling up inequalities?", International Journal of Epidemiology (2005) 3, p. 509-512.

(39) J. Castilla, J. Del Romero, V. Hernando, B. Marincovich, S. Garcia and C. Rodriguez, "Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV", Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (2005) 1, p. 96-101.

(40) E. Cooper, M. Charurat, L. Mofenson, I. Hanson, J. Pitt, C. Diaz, K. Hayani, I. Handelsman, V. Smeriglio, R. Hoff and W. Blattner, "Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1 infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission", Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (2002) 5, p. 484-494.

الشركاء الذين يراعون تقديم العلاج . خضعت مثل هذه العوامل للفحص في دراسة ببلدة صغيرة والمناطق المحيطة بها في جنوب إفريقيا التي اكتشفت أثرا صغيرا لبرنامج علاج فيروس الإيدز (ART) في ظل توجيهات منظمة الصحة العالمية على انتقال العدوى عن طريق العلاقات الجنسية<sup>(41)</sup>.

من الممكن لإدخال برنامج علاج فيروس الإيدز أن يتسبب أيضا في تأثير سلبي على جهود خفض الإصابات الجديدة بالفيروس عن طريق صرف الانتباه والموارد بعيدا عن الجهود الوقائية. وبالعكس ، قد يخفض توافر العلاج وصمة العار التي تلحق بالمرضى وتمنح الأمل في الشفاء ، لذا تشجيع الذهاب إلى المشورة الطوعية وإجراء الاختبارات طوعا؛ يؤديان إلى تحسين حالة الوعي بالمرض . الشواهد الأولى على ثمار المشورة والاختبارات مشجعة وهو ما خرجت به دراسة واسعة جرت في بتسوانا؛ حيث أظهرت هذه الدراسة انخفاضا كبيرا في وصمة العار التي تلحق بالمرضى . ورغم الارتباط المتبادل بين عوامل عديدة فقد اصطحب الوصول إلى علاج فيروس الإيدز انخفاض احتمالات التمسك بواحد على الأقل من الاتجاهات التي تصم بالعار مرضى الإيدز<sup>(42)</sup>.

وحتى الآن ، لم نفكر فقط إلا فيما هو التأثير المحتمل لبرنامج علاج الفيروس المُسبَّب للإيدز على الطلب للرعاية ، إلا أنه سوف يؤثر أيضا على عوامل جانب العرض بترك أثر على قوة العمل الصحية . وتبرز هذه الملاحظة بشكل خاص فيما يتعلق بالقوى البشرية الحالية في إفريقيا جنوب الصحراء . لذلك نحن مطالبون أيضا بالتفكير جيدا في مسائل مثل: إلي أي مدى سوف نضع أولويات للعاملين الصحيين أو نشجعهم على البدء في تقديم العلاج ، ومن هنا تخفيض حالات الغياب أو الإنهاك

---

(41) B. Auvert, S. Males, A. Puren, D. Taljaard, M. Caraël and B. Williams, "Can highly active antiretroviral therapy reduce the spread of HIV? A study in a township of South Africa", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (2004) 1, p. 613-621.

(42) W. Wolfe, S. Weiser, K. Leiter, W. Steward, F. Percy-de Korte, N. Phaladze, N. Lacopino and M. Heisler, Impact of universal access to antiretroviral therapy on HIV stigma in Botswana, XVI International AIDS Conference, Toronto (2006).

لأسباب تتعلق بفيروس نقص المناعة البشري . وإلى أي مدى سوف يحسّن برنامج علاج فيروس الإيدز الدوافع وظروف العمل للعاملين في مجال الرعاية الصحية ، ومن ثم يشجع عدم هجران نظام الصحة القطاع العام إلى غيره؟

إجابة السؤال الأول صعبة؛ حيث إنه رغم جدية القلق بشأن إنهاك العاملين الصحيين بسبب فيروس نقص المناعة البشري /متلازمة نقص المناعة المكتسبة في أكثر البلدان المصابة بشدة ، ربما تمنع وصمة العار العاملين في الصحة من تناول علاج فيروس الإيدز . وقد أظهرت الشواهد مساهمة كبيرة للوفيات المتعلقة بالإيدز في إنهاك العاملين الصحيين في بلدان مثل زامبيا ومالاوي وأوغندا<sup>(43)</sup>-(44) . في زامبيا ، تقول التقديرات : إن الوفيات تجاوز عددها عدد الاستقالات وأن معدلات الوفيات وحدها قد تكون وحدها مسئولة عن نقص الممرضات بنسبة ٣٧٪<sup>(45)</sup> . ويتزايد الاعتراف أيضا بأن العاملين في الرعاية الصحية يخضعون لنفس الوصمة والتمييز ضدهم ، مثل المجتمعات التي يخدمونها ، مما يمثل عقبة أمام جهودهم نفسها للوصول إلى الرعاية المطلوبة رغم معرفتهم بفوائدها<sup>(46)</sup>-(47) .

لم يتأسس بشكل واضح أثر برنامج علاج فيروس الإيدز على حوافز وظروف

---

(43) Y. Dambisya, "The fate and career destinations of doctors who qualified at Uganda's Makerere Medical School in 1984: retrospective cohort study", *British Medical Journal* (2004) 7466, p. 600-601.

(44) M. Mukati, A. Gonani, A. Macheso, B. Simwaker, S. Kinoti, and B. Ndyabangi, Challenges facing the Malawian health workforce in the era of HIV/AIDS. Commonwealth Regional Health Community Health Secretariat for East, Central and Southern Africa (CRHCS/United States Agency for International Development CUSAID/Support for Analysis and Research in Africa (SARA) (2004).

(45) F. Feeley, "Fight AIDS as well as the brain drain", *The Lancet* (2006) 368, p. 435-436.

(46) K. Kiragu, T. Ngulube, M. Nyumbu, P. Njobvu, P. Eerens and C. Mwaba, "Sexual risk-taking and HIV testing among health workers in Zambia", *AIDS and Behaviour* (2006) 1, p. 131-136

(47) J. Zelnick and M. O'Donnell, "The impact of the HIV/AIDS epidemic on hospital nurses in KwaZulu-Natal, South Africa: nurses' perspectives and implications for health policy", *Journal of Public Health Policy* (2005) 2, p. 163-185.

عمل العاملين بالرعاية الصحية . طبقا لمقالة صحفية نُشرت في جنوب إفريقيا قبل بدء تنفيذ البرنامج فورا في جنوب إفريقيا: "... سوف ترتفع معنويات العاملين الصحيين؛ حيث إنهم لن يصبحوا عاجزين عند مواجهة مرضى الإيدز البائسين" (48). وحيث إن مكان الممرضات على وجه أخص هو الصفوف الأولى لتقديم العلاج المخفف لآلام المرضى بفيروس نقص المناعة البشري ، فقد تم اكتشاف معدلات عالية من الاكتئاب والإرهاق ، كعوامل مساهمة في هجران هؤلاء العاملين الصحيين أعمالهم إلى وظائف أقل إجهادا وضغوطا/ أو أكثر تعويضا من الناحية المالية في القطاع الخاص وفي الخارج . من المتوقع لبرامج علاج فيروس الإيدز أن تغير هذا الاتجاه . ومع ذلك ، تفترض المؤشرات الحالية أن هذا التغيير الحاد في الاتجاهات لم يتحقق بعد. بل إن النظرة إلى برامج علاج فيروس الإيدز ما زالت بعد إضافة أخرى إلى العبء الثقيل الملقى من الأصل على عاتق العاملين بالرعاية الصحية (49). قضية كيف تؤثر برامج علاج فيروس الإيدز على معنويات العاملين الصحيين ، ما زالت تتطلب جهودا وانتباها مستمرا .

الدروس المستفادة من التوسع في علاج فيروس الإيدز لدعم النظام الصحي  
هذا التحليل يتعلق بتوقع الآثار المحتملة للتوسع في علاج فيروس الإيدز على النظم الصحية في إفريقيا جنوب الصحراء من أجل تسليط الضوء على استراتيجيات تقليل التأثيرات السلبية . درسنا في الأقسام السابقة كيف أن التوسع الجماعي في تقديم خدمات علاج فيروس الإيدز ، خصوصا من خلال البرامج الرأسية ، قد تعرض للخطر أنظمة صحية هي - للآن - هشة . كذلك استكشفنا الأدلة الأخيرة التي خرجت من المنطقة

(48) K. Cullinan, "Antiretroviral roll-out could be just the tonic - or a bitter pill", Sunday Times, 28 September 2003.

(49) M. Chopra, C. Kendall, Z. Hill, N. Schaay, L. Nkonki and T. Doherty, 'Nothing new': responses to the introduction of antiretroviral drugs in South Africa, AIDS 20, 1975-1977(2006).



ففيما يتعلق بتجاربها حتى اليوم . من هذا المنبر نحن في موقع نسلط فيه الضوء على مجموعة من دروس جهود التوسع في علاج فيروس الإيدز يأخذ في حسابه فرص تقليل الخسائر التي تصيب النظام الصحي إلى الحد الأدنى خلال هذه العملية .

من الممكن رؤية زخم وموارد التوسع في هذا العلاج ، عند وضعهم في إطار ضوء مثمر أكثر ، بوصفهم وسيلة لدعم الأنظمة الصحية إذا ما اعترفنا بأن هذا الهدف يحتل الأولوية . يبدأ هذا القسم بمناقشة الدور المحتمل للتضامن كمبدأ مرشد في هذا الجهد ، يتلوها سرد لدروس ملموسة من عملية التوسع<sup>(50)</sup> .

على المستوى الفلسفي ، أحد الطرق لترقية تدعيم النظام الصحي أثناء فترة التوسع السريع في نشر هذا العلاج ، هو احتضان مبدأ التضامن كمبدأ مرشد . ورغم أن لفكرة التضامن تاريخاً متنوعاً ، مَيَّز هارمون ثلاثة افتراضات متصلة ببعضها البعض ، تعكس روح هذه القيمة عبر تعريفات متنوعة ، وتمتلك علاقة باعتباراتها حول عملية التوسع في نشر علاج فيروس الإيدز (ART scale-up) .

أولاً : لاحظ هارمون أن التضامن يعترف بأن الأفراد هم جزء لا يتجزأ من سياقات اجتماعية ، في حالة اتصال متبادل بين أفراد وجماعات ومجتمعات آخرين . ثانياً : من المفهوم أن أسس التضامن تتصل في حميمة مع الغاية النهائية لبناء مجتمع عادل ونزيه ، من خلال التصرفات الفردية والجماعية . ثالثاً : يشرح هارمون أن التضامن يتطلب تحركاً مشتركاً للإمساك بمُرْكَب العلاقات الاجتماعية المطلوب ؛ لتحقيق مستويات من الخير والعدالة . ولتحقيق هذه الغاية ، يشدد التضامن على دور الواجبات النابعة من وإلى الأفراد والمجتمعات المحلية والأشكال الجماعية الأعرض .

هذا الإطار يدعم مقارنة لنشر علاج الإيدز (ART) تتفهم أن مثل هذه الجهود متداخلة في سياق استجابة أوسع على عدوى فيروس نقص المناعة البشري / متلازمة نقص

---

(50) S. Harmon, "Solidarity: a (new) ethic for global health policy", Health Care Analysis (2006) 14, p. 215-236.

المناعة المكتسبة في شراكة عبر الحدود الجغرافية والنظامية والبرنامجية. تأخذ مثل هذه الاستجابة في كامل اعتبارها الإلحاح المطلوب به التوسع في علاج فيروس الإيدز (ART)، ولكنها لا تفقد إبطار الطبيعة الشاملة بالضرورة؛ لاستجابة عدوى الفيروس / الإيدز، التي لا تتضمن فقط الرعاية للمتعايشين ودعمهم ولكنها تتضمن أيضا الحاجة الملحة للتركيز على الوقاية.

تدرك مثل هذه الاستجابة ليس فقط المطالب الفورية للجائحة الواسعة (pandemic)، ولكنها تدرك أيضا الحاجة إلى إعطاء أولويات لعناصر الاستجابة طويلة المدى متضمنة تكنولوجيات الوقاية الجديدة، مثل التطعيم والمواد التي تقتل الجراثيم. تفهم مثل هذه الاستجابة رد فعل الطب الحيوي بالعلاج بوصفه ضرورة وليس بوصفه كافيا لمكافحة أزمة صحية بمثل هذه القوة الدافعة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية. ومثل هذه الاستجابة تدعو للتفكير في الواجبات التي نحفظ بها لأنفسنا ولكل الآخرين بمختلف التوجهات التعليمية والأيدولوجية والجغرافية. بمعايير التوسع في علاج فيروس الإيدز (ART)، هذا الإطار يشير إلى مجموعة من الدروس العملية (انظر مربع ١).

مربع ١. دروس الحفاظ على وتعزيز الأنظمة الصحية في سياق التوسع في علاج فيروس الإيدز (ART) بإفريقيا جنوب الصحراء
(١) بناء آليات لمؤشرات داخل خطط علاج فيروس الإيدز (ART) لمراقبة والتأثيرات على النظام الصحي.
(٢) السعي لتحقيق توازن وتكامل - بشكل مثالي - بين جهود العلاج والوقاية.
(٣) ضمان الالتزام بمبدأ الـ GIPA حتى يكون التخطيط منفتحاً وعملياً.
(٤) التركيز على مدخلات المجتمع والمقاربة القائمة على الحقوق لترشيد الموارد الشحيحة.
(٥) احتضان السبل الخلاقة لمعالجة قصور الموارد البشرية بما فيها رعاية مقدمي الرعاية.
(٦) تأسيس بحث مقارن شامل ومستمر لقياس وتقييم نشر نظام العلاج.

أولاً: من المفترض أن نظام علاج فيروس الإيدز (ART) يأخذ في حسبانته مستهدفات النظام الصحي. ويمكن تحقيق ذلك من خلال الإدراج القصدي للأنشطة في خطط برنامج رأسي مُصمَّم لمواجهة المضار المحتملة للنظم الصحية المعرضة. المقاربة الاستباقية الأخرى سوف ترى كل برامج فيروس نقص المناعة البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسبة والمبادرات العالمية قابلة للمحاسبة ليس فقط على تقليل المضار التي تلحق بالنظام الصحي إلى الحد الأدنى، ولكن أيضاً على تعزيزها النظام الصحي من خلال إدراج مؤشرات النظام في أطر أعمال التقييم والمتابعة<sup>(51)</sup>-(52). وبالمثل، يجب توقع أن المبادرات الجديدة سوف تجري تقييماً لتأثيرات النظم عند البداية من أجل تحديد المضار المحتملة قبل أن تبدأ. على سبيل المثال، قد تعزز البرامج الرأسية عناصر البنية التحتية للخدمات الصحية العامة والمطلوبة لتقديم الخدمة الرأسية بشكل ناجح، مثل تدعيم الخدمات المعملية وسلسلة توريد الدواء<sup>(53)</sup>.

ثانياً: مقارنة النموذج الطبي الموروثة في عملية تقديم خدمات علاج فيروس الإيدز (ART) يجب ألا تُخفي الانتباه إلى القوى الاقتصادية والسياسية والاجتماعية التي تهيمن على حسن قدرة الناس الوصول إلى العلاج وتحمله والاستمرار عليه. أكثر من ذلك، تتطلب مرحلة انتقال ناجحة للإيدز إلى استثمار متزامن في وضع برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (HIV) على المستوى الفردي والمجتمعي والبنوي من أجل الدفع باستجابة شاملة على عدوى الفيروس. لا يمكن التشديد على هذه النقطة بأكثر من ذلك؛ حيث أظهر النموذج الطبي صوراً لمستويات عالية غير مستدامة من العلاج مطلوبة في حالة إذا ما دمر التركيز المفرط والضيق على العلاج البرامج

---

(51) R. Atun, F. Lennox-chhugani, F. Drobniewski, Y. Samyshkin and R. Coker, "A framework and toolkit for capturing the communicable disease programmes within health systems: tuberculosis control as an illustrative example", *European Journal of Public Health* (2004) 14, 267-273.

(52) Global Health Watch, *supra* note 15

(53) P. Travis, S. Bennet, A. Haines, T. Pang, Z. Bhutta, A. Hyder, N. Pielemeier, A. Mills and T. Evans, "Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals", *The Lancet* (2004) 364, p. 900-906

الوقائية<sup>(54)</sup>. صور التآزر بين العلاج والوقاية متعددة. وعلى سبيل المثال، عندما يتصل العلاج بخدمات الوقاية ضد انتقال العدوى من الأم لطفلها من خلال خدمات رعاية الأم الصحية، تزايد احتمالات تحسن قدرة الأم على الوصول إلى العلاج؛ حيث تنخفض مشاعر الوصمة الاجتماعية بين النساء، وتتعزز خدمات رعاية صحة الأم عموماً<sup>(55)</sup>.

ثالثاً: توجهات الإدارة من أعلى إلى أسفل التي هي نمط الإدارة في البرامج الرأسية تعطينا دروساً نتعلمها من مقاربات بديلة لجهود مكافحة الفيروس/الإيدز. مبدأ انخراط أكبر للمتعايشين مع الإيدز في الحياة والعلاج (GIPA) هو مكون جوهري من الاستجابات القائمة على حقوق الإنسان والفعالة ويجب أن يظل محور برامج العلاج. من الممكن أن ينتج عن انخراط المصابين والمتأثرين بفيروس نقص المناعة في جميع مراحل التخطيط نتائج لا تكون مجرد فعالية أكثر للعلاج ولكن طريقة تقديم العلاج سوف تكون أكثر إنصافاً.

رابعاً: مطلوب جهود إضافية لمواجهة أو لإدارة تيارات الترشيح التي تؤثر سلباً على أهداف الإنصاف. في حالات عديدة، يصبح تيار الترشيح طائشاً، وينبع من السعي الحثيث لنشر العلاج سريعاً. قصدياً يتم استهداف الناس الأسهل وصولاً إلى الخدمات، مثل أولئك الناس أصحاب الدخول الأعلى/أو الذين يقطنون المناطق الحضرية. والنتيجة هي توسيع التفاوت القائم في الرعاية الصحية<sup>(56)-(57)</sup>. بكلمات أخرى، ربما يحتاج العلاج إلى ترشيح قصدي بسبب الموارد المحدودة. هناك عدة إجابات قليلة فيما

---

(54) nder, «Integrating HIV prevention and J. Salomon, D. Hogan, J. Stover, K. Stanecki, W. Walker, P. Ghys and B. Schwartl treatment: from slogans to impact», PLoS Medicine (2005),e16.

(55) R. Loewenson and D. McCoy, "Access to antiretroviral treatment in Africa", British Medical Journal (2004) 328, p. 241-242.

(56) M. Egger et al., supra note 38.

(57) R. Stewart, A. Padarath and C. Milford, "Emerging threats to equitable implementation of ART in South Africa", Acta Academica Supplementum (2006) 1, p. 286-308.

يتعلق بالترشيد ما عدا ضم المجتمعات المحلية في المساعدة على تحديد كيفية توزيع الموارد الشحيحة بالتماشي مع مبادئ المقاربات القائمة على أسس حقوق الإنسان<sup>(58)</sup>.

خامسا: برامج علاج فيروس الإيدز (ART) من الممكن استخدامها للحفاظ على تعزيز وقدرات النظام الصحي من خلال جهود تدعم العاملين الصحيين للحصول على خدمات رعاية وعلاج فيروس نقص المناعة البشري / متلازمة نقص المناعة المكتسبة لأنفسهم كلما تتطلب الأمر. يستطيع تخفيض استنزاف العاملين الصحيين بسبب الفيروس / الإيدز ضبط أثر معدل خلو الوظائف التي تمثل عرضا لأزمة القوى البشرية في إفريقيا جنوب الصحراء. لسوء الحظ، تساهم برامج علاج فيروس الإيدز أيضا في هذه الأزمة عن طريق الاعتماد على كواد العاملين الصحيين الذين لا يتوافرون أصلا. لذلك، مطلوب بذل جهود لاستكشاف طرق خلّاقة في استخدام أطقم مختلفة من العاملين الصحيين لتقديم خدمات رعاية علاج فيروس الإيدز (ART) بشكل فعال<sup>(59)</sup>. تشكيل الفريق الإكلينيكي المسئول عن تقديم خدمات علاج فيروس الإيدز (ART) هو واحد من العناصر المهمة التي تتصف بها النماذج المختلفة للرعاية التي تخضع للتقييم حاليا<sup>(60)</sup>. وأخيرا، النموذج الملائم للرعاية، بالتوازي مع الدعم المالي المستدام للنموذج المختار، سوف يحدد النجاح طويل المدى للبرامج العلاجية والأثر الذي سوف تتركه على النظام الصحي.

---

(58) M. Roseman and S. Gruskin, HIV/AIDS & human rights in a nutshell, Harvard School of Public Health and International Council of AIDS Service Organisations (ICASO), Toronto (2004).

(59) S. Gimbel-Sherr, M. Micek, K. Gimbel-Sherr, T. Koepsell, J. Hughes, K. Thomas, J. Pfeiffer and S. Gloyd, "Using nurses to identify HAART eligible patients in the Republic of Mozambique: results of a time series analysis", Human Resources for Health (2007) 5, p. 7.

(60) D. Pienaar, L. Myer, S. Cleary, D. Coetzee, D. Michaels, K. Cloete, H. Schneider and A. Boule, Models of Care for Antiretroviral Service Delivery, School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, Cape Town (2006).

وفي النهاية، البحث متعدد المواقع ومتعدد المستويات الذي يستخدم المؤشرات الشائعة عبر برامج علاج فيروس الإيدز (ART) مطلوب لتقديم تحليل دائم لفاعلية وكفاءة وإنصاف جهود نشر علاج فيروس الإيدز (ART)<sup>(61)</sup>.

ولنكمل نص لوينسون وماكوي الذي افتتحنا به هذه المقالة:

"لا يمكن بناء النظم الصحية من نتف أعمال خدمات المنظمات غير الحكومية والبرامج الرأسية والعارضة حول قلب من القطاع العام المتداعي". لو رأينا أن جهود توسيع قدرات الأنظمة الصحية في إفريقيا هي أولوية عند توسيع علاج فيروس الإيدز، هناك احتمال أن نسخر تدفق الموارد والمعرفة والطاقات المصاحبة في جهود العلاج بهدف تدعيم هذا القلب المكون من القطاع العام وأن نبني قاعدة لمعالجة قضية فيروس نقص المناعة البشري / متلازمة نقص المناعة المكتسبة والهموم الصحية الأخرى في السنوات القادمة.

---

(61) M. Egger, et al., supra note 38

## الجزء الخامس أستراليا وآسيا





## الفصل العاشر

# صراع القيم المستمر في نظام الرعاية الصحية الأسترالي

ستيفان دوكيت (Stephan Duckett)

### مقدمة

نالت ركائز الإنصاف في الرعاية الصحية بأستراليا طوال ربع القرن الأخير قبولاً واسعاً، لدرجة أن أي تحدٍ سياسي لإطار العمل المؤسسي هذا برهن على أنه لم يعد يصلح كاستراتيجية انتخابية<sup>(١)</sup>. ومنذ ١٩٨٤، عبّر المستوى العالي من التأييد الشعبي للميديكير (Medicare)، خطة التأمين الصحي الشامل في أستراليا، عن صعوبة قيام أي تحدٍ مكشوف لوضعها كآلية رئيسية تضمن قدرة الوصول إلى المستشفى والرعاية الطبية. ولكن الأمر لم يخل من تحديات وتهديدات مستترة وتخريب مآكر للميديكير؛ حيث يستمر السياسيون في شيطنة الرعاية الصحية بأستراليا عبر المنافسة بين قيم الرعاية الشاملة في مواجهة الرعاية المستهدفة أو سياسة التعامل مع الشرائح السكانية كل على حدا<sup>(٢)</sup>.

الهدف الرئيسي للميديكير هو إزالة (أو تقليص) العوائق المالية للوصول إلى الرعاية الصحية بالنسبة لكل السكان في أستراليا، ومن منظور المريض، يوفر الميديكير أمان الوصول إلى الرعاية. أيضاً الميديكير هو جزء مهم من خريطة السياسة الصحية في

---

(1) M. R. L. Wooldridge, Health policy in the Fraser years - 1975-83, MBA thesis, Monash University, Melbourne (1991).

(2) A. Elliot, Is Medicare Universal? Research Note No. 37 2002-03, Canberra, Department of the Parliamentary Library (2003)

أستراليا لأنه يقدم آلية لتمويل مجموعتين أساسيتين من مقدمي الخدمة: المستشفيات والأطباء.

في هذا الفصل سوف أصف أولاً وباختصار العناصر الأساسية لإطار العمل المؤسسي للرعاية الصحية في أستراليا، ثم أحدد الخطوط العامة لاختيارات القيم الحاسمة التي هيمنت على الجدل السياسي في أستراليا وأصف خيارات القيمة التي تحددت في كل فترة من الفترات السياسية في تاريخ أستراليا الحديث.

### الرعاية الصحية في أستراليا

نظام الحكم في أستراليا هو نظام فيدرالي يتكون من ست ولايات ومقاطعتين، (نسبيهم كلهم إجمالاً في هذا الفصل "ولايات") وحكومة الكومنولث (المركزية) وللכל أدوار متداخلة كسلطات حاكمة وممولة للرعاية الصحية.

وتضاف طبقة أخرى من التعقيد على هذا النظام؛ نتيجة لوجود قطاع خاص مزدهر في أستراليا، يركز على تأمين صحي قطاع خاص (طوعي). يقدم التأمين الصحي الخاص أيضاً خدمات الأسنان والخدمات المهنية الصحية والمساعدة الأخرى. ربما تجد معلومات أكثر عن الرعاية الصحية في أستراليا بأماكن أخرى<sup>(3)</sup>.

تطور نظام الرعاية الصحية في أستراليا تأثر بقوة (سلباً وإيجاباً معاً) بخبرات العالم الناطق بالإنجليزية. ونتيجة لتاريخ أستراليا كمستعمرة بريطانية، تطورت علاقات قوية بين مهنة الطب في البلاد بنظرائها في المملكة المتحدة، غالباً لتوفير التدريب المتقدم لأعضائها. فعلياً، منظمة الأطباء الأستراليين كانت فرعاً للجمعية الطبية البريطانية حتى أوائل الستينيات، يتلقى أعضاؤها نسخاً من المنشورات الطبية البريطانية ويمتصون الكراهية "للطب القومي" الذي عم العديد من هذه المصادر. يتطلع الأطباء اليوم غالباً إلى الولايات المتحدة من أجل التدريب واكتساب الخبرة،

---

(3) S.J. Duckett, The Australian Health Care System. (3rd ed.) (Melbourne: Oxford University Press, 2007).

رغم أن قلة منهم هي التي ترغب في محاكاة أي من الأوجه التنظيمية للنظام الصحي الأمريكي. درس اثنان من علماء اقتصاديات الصحة (جون ديل وديك سكوتون) ترتيبات التأمين الصحي الشامل في أستراليا وأصبحا وسيطين ناقلين لتلك المعرفة داخل مخطط التأمين الصحي<sup>(4)</sup>. ترتيبات التأمين الصحي في أستراليا هي ترتيبات متميزة ومنفردة؛ فعليا يصدق وصف ريتشاردسون للتأمين الصحي الخاص باعتباره منافسا لحيواني البلانوبوس منقار البطة (platypus) والقنفذ (echidna) اللذين تساهم بهما أستراليا في متحف عجائب المخلوقات ولكن المخلوقات الحقيقية<sup>(5)</sup>.

بمعايير الأداء، يأتي ترتيب أستراليا متقدما بين بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية: فهي تُصنّف في الربع الأعلى بمقاييس توقع البقاء على قيد الحياة والتقارير الذاتي عن الحالة الصحية. إلى حد ما الأداء المتعلق بالوفاة نتيجة لأسباب معينة هو أداء مختلط ولكن ترتيبه فوق الرقم الأوسط عمليا في كل أسباب الوفيات. تنفق أستراليا نسبة ١٠٪ أو أقل قليلا من الناتج المحلي الإجمالي على الصحة، تقريبا بالضبط مثل ما هو متوقع مع الأخذ في الاعتبار الناتج المحلي الإجمالي المحلي بالنسبة للفرد. تاريخيا، تطورت المستشفيات كمسؤولية تتحملها الدولة وبذلك تنفذ الدولة السياسة العامة لمستشفيات الميديكير في الكومنولث.

دخلت حكومة الكومنولث في اتفاقيات مع كل ولاية؛ حيث تقدم تمويلا لها من أجل خدمات المستشفيات. تتضمن هذه الخدمات:

– تقديم شبكة من خدمات المستشفيات العامة (تقريبا حوالي ثلثا المرضى يُعالجون في مستشفيات عامة)؛

– السماح لكل المستحقين (جوهريا هم المواطنون الأستراليون والسكان الدائمون)

---

(4) R. B. Scotton, and C. R. Macdonald, The making of Medibank, Sydney: School of Health Services Management, University of NSW (1993).

(5) J. R. J. Richardson, 'Social values, efficiency and Medicare' presentation to seminar at Australian Health Policy Institute, 22 May (2003).

بالقدرة على الوصول إلى خدمات الإقامة بالمستشفيات "كمريض عمومي" دون أي تكلفة عليهم. (تدفع المستشفيات للأطباء الذين يعالجون المرضى العموميون وهكذا لا يواجه المريض أي رسوم مقابل هذه الخدمات. يختار حوالي ٩٠٪ من المرضى في المستشفيات العامة العلاج كمريض عمومي). مطلوب أيضا من الولايات تقديم شبكة من خدمات العيادات الخارجية المتخصصة مجاناً للمرضى.

تنص الاتفاقيات على أن الولايات مسئولة عن الهامش الكامل لتكلفة أي زيادة في ميزانيات المستشفيات طوال فترة الاتفاقية. وعلى العكس، يتراكم لدى الولايات الفائدة الكاملة لأي تخفيض في ميزانيات المستشفيات طوال هذه الفترة. تمويل الكومنولث للميديكير يعتمد على معادلة حسابية طوال فترة الاتفاقية مع عدم ارتباط هذه المعادلة بالميزانية الفعلية للمستشفى، بل يتم تعديلها فقط بناء على العوامل الخارجية مثل نمو السكان والتقدم في السن. يلعب الكومنولث دوراً أكثر مباشرة في الخدمات الطبية، ويدار التمويل الطبي بواسطة هيئة من هيئات الكومنولث، ميديكير أستراليا. أطباء مستقلون هم الذين يقدمون بشكل رئيسي الرعاية الطبية خارج المستشفيات، ويتم السداد على أساس رسم مقابل الخدمة (fee-for-service) وهكذا يتم تنظيم بنية الميديكير، لتقديم دعم مالى لذلك النمط من تنظيم الخدمة.

يقدم الميديكير حسومات على تكلفة الرعاية الطبية بجدول الرسوم المنشور بنسب مختلفة: ٧٥٪ للمريض الخاص في المستشفيات، ٨٥٪ للرعاية المتخصصة خارج المستشفيات، ١٠٠٪ بالنسبة للممارس العام. ولكن هذه التكلفة المنشورة لا تقيد الأطباء، لذلك قد يواجه المرضى تكلفة زائدة يدفعونها من جيوبهم الشخصية. توجد شبكة أمان يستطيع بها الميديكير أن يغطي ١٠٠٪ من أي فجوة في التكلفة، حين يتجاوز الإنفاق العائلي حدوداً معينة. يقوم الكومنولث بتحديث جدول رسوم الخدمة وحدود الفجوة التمويلية على أساس منتظم. يستطيع الأطباء إرسال فواتيرهم لميديكير أستراليا من خلال عملية معروفة باسم "الشحنة" أو الفواتير "المباشرة"،

وفي هذه الحالات يجب أن يقبل الطبيب حسومات عند تسوية الحساب دون أي مشاركة من المريض في الدفع (co-payment). وبشكل بديل، يستطيع الأطباء تقديم الفواتير للمرضى الذين يحصلون بدورهم على خصم من ميديكير أستراليا بنفس النسب المقررة في جدول الرسوم الحكومي (وأي فجوات في الدفع).

يأتي تمويل الميديكير من الضرائب العامة. ومع ذلك، تفرض قوانين ضريبة الدخل ضريبة متميزة تُسمى "ضريبة للميديكير"، هي حاليا ١٥٪ من الدخل الخاضع للضريبة. هناك شرائح للدخل المنخفض (أدناه لا يدفع صاحبه هذه الضريبة) للأفراد والآباء الذين يعيشون وحدهم والأزواج. من غير المقصود أن تغطي ضريبة الميديكير بالكامل تكلفة الإنفاق الصحي للكومنولث (أو فعليا الإنفاق الكلي على الصحة) ولكنها نشأت كإجراء تمويلي لتحقيق إيرادات إضافية للدفع من أجل إدخال الميديكير في ١٩٨٤. هذه الضريبة ليست ضريبة "رهونات"؛ أي أن حصيلة ضريبة الميديكير لا تُخصّص بشكل خاص لمحافظة الصحة المالية، رغم أن الحاجة إلى زيادة الإنفاق الصحي تُستخدَم كذريعة سياسية لزيادة الضريبة. كما أن الضريبة لا تمثل شكلا من أشكال الضمان الاجتماعي أو المساهمة الاجتماعية؛ وهكذا ببساطة تصبح الضريبة ضريبة أخرى تصب في الوعاء المالي الذي ينبع منه إنفاق الكومنولث.

وحتى الجزء الأول من هذا العقد، أصبحت الفواتير المباشرة هي الآلية الرئيسية لضمان إزالة الموانع المالية للوصول إلى الرعاية الطبية. أخذت الفواتير المباشرة لمناظرة الممارس العام لمرضاه تزداد سنويا منذ إنشاء الميديكير حتى ١٩٩٦، حين بلغت ذروتها بمتوسط معدل حوالي ٨٠٪ من كل خدمات الممارس العام عبر أستراليا كلها (انظر الشكل ١). الانخفاض اللاحق في الفواتير المباشرة (والزيادة الناتجة عن ذلك في تكلفة الإنفاق من الجيب على الاستشارات الطبية) كانت محل نزاع سياسي، انعكس في شكل رد فعل حكومي بسياسات عملت على إيقاف هذا الانخفاض. مثلت طبيعة رد الفعل الحكومي تحدياً لأخلاقيات الشمولية التي يعمل الميديكير في ظلها، وسوف نناقشها لاحقا في هذا الفصل.

## التأمين الصحي الخاص

قبل إدخال الميديكير في ١٩٨٤ ، كان التأمين الصحي الخاص طريقة مهمة في حماية معظم المستهلكين من تكاليف المستشفيات ، وقد لعب دورا مهما ، في التمويل الصحي ومثل نحو ٢٠ ٪ من كل الإنفاق الصحي . وبعد إدخال الميديكير فوراً (١٩٨٤/٨٥) ، اندفع نصيب التأمين الصحي من الإنفاق هبوطاً إلى ٨ ٪ من الإنفاق الصحي ، واستمر في مزيد من الانخفاض منذ ذلك الوقت ، مصحوباً جزئياً بزيادة الدعم المالي الحكومي وجزئياً بالمشاركة في خدمات التأمين الصحي الكبرى .

تتغير سياسات أستراليا المتعلقة بالتأمين الصحي الخاص مع تغيير الحكومة . تشدد حكومات العمال على التغطية الشاملة والقدرة على الوصول إلى خدمات القطاع العام ، أما حكومات الائتلاف (المحافظون) فهي تضع تركيزاً أعظم على دعم القطاع الخاص ، خصوصاً من خلال التأمين الصحي الخاص . تنعكس نتيجة هذه السياسات في إحصائيات تغطية التأمين الصحي (انظر الشكل ٢ . انكسار سلاسل البيانات ناتج عن انقطاع في البيانات المنشورة) .

يركز نمطياً تحليل اتجاهات التأمين الصحي على رقم العنوان الرئيسي: الحصة الكلية للسكان الذين يتمتعون بالتأمين الصحي ، والسطر الأعلى خلال الفترة المحددة<sup>(٦)</sup> -<sup>(٧)</sup> -<sup>(٨)</sup> -<sup>(٩)</sup> . نرى انخفاضاً بطيئاً خلال كامل الفترة ، مع وجود نقطتي انحراف: الارتفاع خلال الجزء الأخير من حكومة فريزر (١٩٨١/٨٣) ، مصحوباً باختبار أهلية المريض؛

---

(6) J. Hall, R. De Abreu Lourenco, et al. "Carrots and sticks - the fall and fall of private health insurance in Australia." *Health Economics* (1999) 8, p. 653-60.

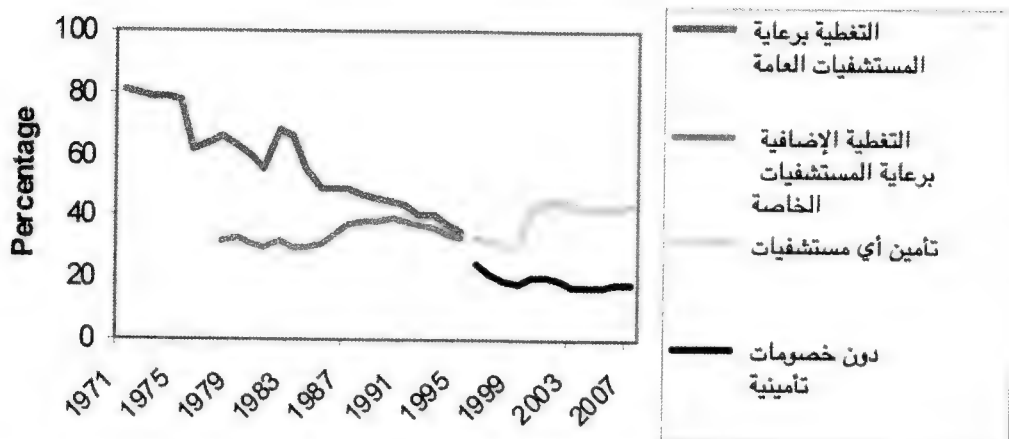
(7) S. Willcox, "Promoting private health insurance in Australia." *Health Affairs* (2001) 3, p. 152-161.

(8) J. R. G. Butler, "Policy change and private health insurance: Did the cheapest policy do the trick?" *Australian Health Review* (2002) 6, p. 33-41.

(9) R. E. Moorin, and C. D. J. Holman, "Development of a health care policy characterization model based on use of private health insurance." *Australia and New Zealand Health Policy* (2005) 2.

لتلقي دعم مالي حكومي (means testing) في المستشفيات العامة وصعود هوارد عام ٢٠٠٠ الذي تزامن مع إدخال مبدأ التغطية طول العمر<sup>(١٠)</sup>.

شكل ٢ أستراليا: النسبة المئوية للسكان المشتركين بالتأمين الصحي الخاص  
١٩٧١-٢٠٠٧



ولكن سياسة التأمين الصحي أكثر تعقيدا من ذلك . كانت منظمات التأمين الصحي الخاص؛ حتى منتصف التسعينيات تمنح منتجين اثنين: "مائدة التأمين الرئيسية" التي تغطي تكاليف غرف مشتركة في المستشفيات العامة والتأمين "التكميلي"، الذي يمنح تغطية لتكاليف عدد صغير من الغرف المفردة في المستشفيات العامة، وعلاجا في المستشفيات الخاصة. التأمين التكميلي، كما يوحي اسمه، يُؤخذ كملحق إضافي لمائدة التأمين الرئيسية. اتجاهات المنتجين مختلفة تماما. عكس إدخال الميديكير في أوائل الثمانينيات الارتفاع الاستثنائي لزيادة استخدام التأمين واستئناف اتجاه هبوط التأمين الأساسي، وهو المنتج الذي يغطي المستشفيات العامة.

(10) Supra note 8

بعدما أصبح الميديكير يقدم سبلاً للوصول إلى رعاية المستشفيات العامة، أصبحت المائدة الأساسية للتأمين الخاص لا تقدم سوى "اختيار الطبيب" المُعالج داخل مستشفيات القطاع العام، وهو على ما يبدو أمراً نقل قيمته المحسوسة بين الناس. يمنح التأمين الخاص التكميلي شيئاً مختلفاً: فرصة تجاوز قائمة الانتظار والوصول إلى مستوى إقامة أعلى رفاهية في مستشفيات القطاع الخاص. هذا المنتج ذو قيمة أعلى، وشهد منتصف الثمانينيات تغطية أعلى بمائدة الخدمات التكميلية، ربما جزئياً بسبب الانخفاض المطلق في الاشتراكات الأولية (premiums) بمائدة التأمين الأساسية الذي صاحب بداية برنامج الميديكير. وعلى سبيل المثال، أظهرت البيانات المنشورة في التقرير السنوي لوزارة الصحة أن الاشتراكات الأولية للمائدة الأساسية -دون ضريبة الإسعاف- انخفضت بنسبة ٢٠٪ من عام ١٩٨٣ إلى ١٩٨٦، في مواجهة تضخم في غير الأمور الصحية لنفس الفترة بلغ ٢٣٪. انتهز المستهلكون فرصة التغطية الأرخص للتوسع دون الاضطرار إلى زيادة إنفاقهم الكلي على التأمين الصحي.

وكما يظهر من الشكل ٢، انخفضت حصة السكان في أي شكل من أشكال التأمين الصحي حتى أواخر التسعينيات، ولكن بمعدلات متفرقة من الانخفاض في معدلات انتشار التأمين عبر فئات السكان المختلفة، مما أدى إلى تغيير في تركيبة السكان غير المؤمن عليهم. مالت العائلات متوسطة الدخل إلى إسقاط التأمين والتخلي عنه منسوبا إلى العائلات مرتفعة ومنخفضة الدخل، بينما العائلات الأكثر شأبا مالت إلى إسقاط التأمين أكثر من العائلات الأكبر سناً<sup>(١١)</sup>.

أظهر عدد من الدراسات أن التأمين الصحي موزع بطريقة غير متساوية بين السكان: المؤمن عليهم هم الأغنى والأحسن تعليماً، والأكبر سناً من غير المؤمن

---

(11) D. Schofield, The distribution and determinants of private health insurance in Australia, 1990, Discussion Paper No. 17, Canberra: National Centre for Social and Economic Modelling, University of Canberra (1997).



عليهم<sup>(١٢)-(١٣)-(١٤)-(١٥)-(١٦)-(١٧)-(١٨)-(١٩)</sup>. وبسبب الاستهلاك الأكبر للتأمين الصحي بين الأغنى، تصبح الخصومات/ والإعانات المالية للتأمين الصحي غير منصفة بطبيعتها<sup>(٢٠)</sup>.

### القيم في الواقع العملي

لا يوجد إجماع في أستراليا على الأدوار النسبية لكل من القطاع العام والقطاع الخاص في الرعاية الصحية ولا يوجد إجماع كذلك على دور الحكومة. بالتأكيد يوجد تأييد قوي ومستمر طوال الربع قرن الأخير للميديكير. إلا أن دور المستشفيات الخاصة ما زال إلى حد ما مثار اختلاف: هل المستشفيات الخاصة بديل مباشر للمستشفيات العامة تقدم خدمات تتكامل مع خدمات المستشفيات العامة أم أنها تقدم خدمات تكميلية توفر رفاهية إضافية فوق ما يقدمه القطاع العام؟ لا يوجد داخل أستراليا أي جدل حول القيم مما يؤدي أو يفيد مثل هذا الإجماع. أحد أسباب غياب هذا الجدل هو أنه

---

(12) A. C. Cameron, P. K. Trivedi, F. Milne and J. Piggott, "Microeconomic model of the demand for health care and health insurance in Australia", *Review of Economic Studies* (1988) 55, p. 85-106.

(13) A. C. Cameron and P. K. Trivedi, "The role of income and health risk in the choice of health insurance: Evidence from Australia", *Journal of Public Economics* (1991) 45, p. 1-28.

(14) S. Willcox, "A healthy risk? Use of private insurance. Background Paper No. 4", *Melbourne National Health Strategy* (1991).

(15) C. Burrows, K. Brown and A. Gruskin (1993), "Who buys health insurance? A survey of two large organisations", *Australian Journal of Social Issues*, (1993) 28, p. 106-23.

(16) Australian Bureau of Statistics 1994, *Apparent determinants of private health insurance*, Canberra: ABS

(17) A. C. Cameron and J. McCallum, "Private health insurance choice in health: The role of long-term utilisation of health services", in *Economics and Health: 1995*, (Sydney: School of Health Services Management, UNSW, (1996), p. 143-57.

(18) S. Hopkins and M. P. Kidd, 'The determinants of the demand for private health insurance under Medicare', *Applied Economics* (1996) 28, p. 1623-32.

(19) Supra note 11

(20) J. Smith, 'Tax expenditures and public health financing in Australia', *The Economic and Labour Relations Review* (2001) 2, p. 239-62.

ليس بالضرورة من مصالح الجماعات الرئيسية أن تضع بدقة ووضوح أجندة القيم التي تتبناها ومن هنا ربما نخدم مصالحها بشكل أفضل، بواسطة تشويش الجدل أو بخلق "حجاب من الغموض" باستخدام مصطلح جيبسون وجودين<sup>(21)</sup>. تسود روح أخلاقيات المساواة في أستراليا ونادرا ما تجذب السياسات العامة النخبوية والاستيعادية تأييدا لها.

الأبعاد الحاسمة في الجدل حول القيم هي المدى الذي يجب أن تعكس به خدمات تمويل وتقديم الخدمة قيم المساواة والتضامن الاجتماعي، في معارضة للمدى الذي يجب أن يعكس به التمويل وتقديم الخدمة قيم السوق أو القيم الفردية. أكثر من ذلك، هذان الخياران يؤثران بطرق مختلفة على قطاعات الرعاية الصحية وأقسامها في أستراليا (المستشفيات، الخدمة الطبية، إلخ).

### التمويل

يأخذ التضامن الاجتماعي في تمويل الرعاية الصحية صورة ترتيبات مالية فيها اعتماد متبادل بين الأطراف (mutualisation)؛ حيث كل أو جزء من السكان يتشاركون في مخاطر تكلفة الرعاية الصحية. أحد الطرق التي لعب فيها جدل القيم دورا في أستراليا هو دوره في معايير وعاء الاعتماد المتبادل (mutualisation): هل يجب أن ينصب اهتمام الدعم المالي الحكومي على وعاء المخاطر المشترك بالنسبة لجميع السكان، أم أن تقسيم السكان إلى فئات ذات تأمين خاص (وهكذا بقدرات مختلفة للوصول إلى الرعاية الصحية) يجعلها تستحق أيضا دعما حكوميا؟

مدى التمويل بالاعتماد المتبادل (أو المشاركة في المخاطر عبر الأفراد) هو عامل مُميّز حاسم في السياسة الصحية عبر الطيف السياسي كله، وبين القطاعات الأدنى في الرعاية الصحية وعبر الزمن. حجة الاعتماد المتبادل في تمويل الرعاية الصحية

---

(21) D.M. Gibson and Goodin, R. E., The Veil of Vagueness: A Model of Institutional Design, in M. Egeberg and P. Lægreid (eds.) Organizing Political Institutions: Essays in Honour of Johan P. Olsen, (Oslo: Scandinavian University Press, 1999), p. 357-85.

حجة قوية وتستطيع التقدم بعدد من القواعد<sup>(22)</sup>. تتوزع المتاعب والعلل والأمراض بشكل غير متساو بين الأفراد عبر الزمن، وبين فئات مختلفة الدخل، ويتباين وضعها الوظيفي وبخصائص اجتماعية مختلفة. بالنسبة للأفراد من الممكن أن يكون الإنفاق الصحي كبيراً وعلى دفعات كبيرة وهكذا من فائدة هذا الفرد أن يخفف هذا الإنفاق عبر الزمن من خلال التأمين. وبسبب زيادة الإنفاق الصحي في الفئات العمرية الأكبر، تكلفة الصحة عبر العمر غير موزعة بالتساوي وفي المتوسط، يتقل وزنها في سنوات ما بعد التقاعد. وهناك حجة أيضاً نقول إن المجتمع ككل يستفيد من ضمان أن كل الفئات داخل المجتمع يصبح لها قدرة على الوصول إلى حزمة مُنفقة عليها من الخدمات الصحية، رغم أن تعريف هذه الحزمة يتنوع عبر الزمن وباختلاف البلد. تقع معظم الخدمات الطبية وخدمات المستشفيات داخل أي تعريف للخدمات يُعتبر فيه التمويل المتبادل العام مشروعاً. غالباً ما تُستبعد جراحات التجميل مما يُعتبر مناسباً للتمويل العام المتبادل أو المدعوم، وجوانب المستحضرات الدوائية وطب الأسنان والجوانب الأخرى في الرعاية الصحية، لا تخضع لنفس المستوى من الإجماع حول مدى الاعتماد المتبادل في التمويل.

تسود في أستراليا تقاليد قوية تصوّر التأمين الصحي الخاص كآلية للاعتماد المتبادل في التمويل؛ ولذلك استمر التأمين الصحي الخاص في تلقي دعم مالي حكومي؛ لدرجة أكبر أو أقل طوال الستين عاماً الماضية. دخل حيز التنفيذ الأسلوب البديل للاعتماد المتبادل في تمويل حكومة أستراليا للرعاية الصحية منذ عام ١٩٨٤ بواسطة الميديكير (وخلال فترة قصيرة في السبعينيات، بواسطة سلف الميديكير، الذي كان اسمه الميديبانك (Medibank)).

هيمنت اختيارات السياسة والقيم على جدل السياسة الصحية في أستراليا: إلى أي مدى يجب أن يتحقق الاعتماد المتبادل عبر كامل السكان (نمطياً يسري عبر التمويل الحكومي)، وإلى أي مدى يجب أن يصبح الاعتماد المتبادل أمراً يخضع للاختيار

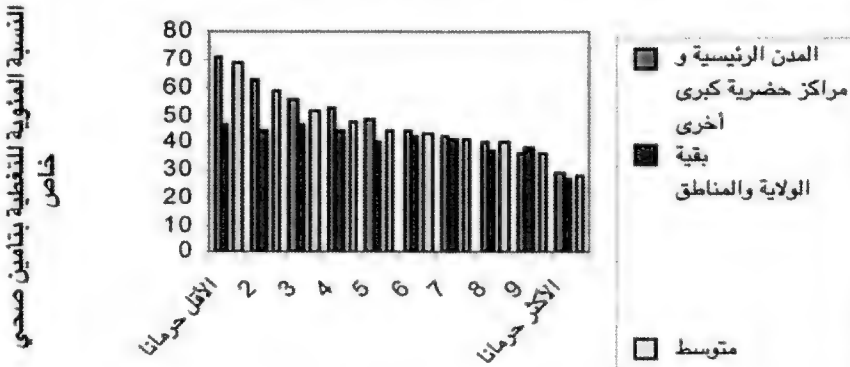
---

(22) K. J. Arrow, "Uncertainty and the welfare economics of medical care", American Economic Review (1963) 53, p. 941-73.

الفردى من خلال ترتيبات التأمين الصحى القطاع الخاص؛ حيث يختار الأفراد بحرية -أو يلقون التشجيع على- المشاركة فى الوعاء المالى للاعتماد المتبادل.

انتهى الأمر لأجزاء مختلفة من نظام الرعاية الصحية الأسترالى بأنماط مختلفة من الاعتماد المتبادل وحدثت تحولات حادة فى مجالات الاعتماد المتبادل لعدد من الخدمات الصحية الرئيسية عبر الزمن . يشدد التأمين الصحى الخاص فى أستراليا على الاختيار الفردى لكل من الطبيب المُعالج ومكان العلاج ، وينحاز بقوة إلى دعم أساليب تقديم الخدمة المميزة للقطاع الخاص . وعلى النقيض ، أستخدم الاعتماد المتبادل من خلال التمويل الحكومى مباشرة؛ لدعم تقديم القطاع الخاص للخدمة إلى جانب تقديم القطاع العام للخدمة أيضا .

شكل ٣ أستراليا: التأمين الصحى طبقا للوضع الاقتصادى الاجتماعى وطبقا لمنطقة السكن (عشرة شرائح)، ٢٠٠١

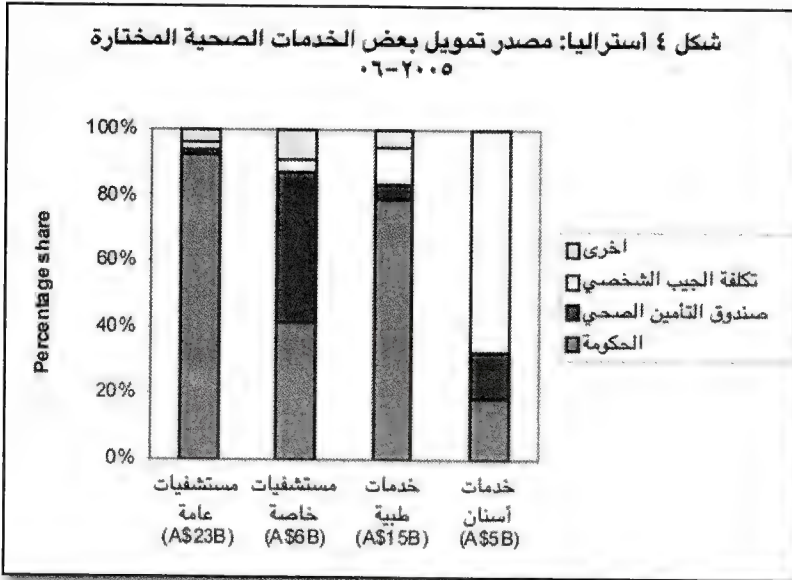


لدى ٤٣ ٪ من سكان أستراليا تأميناً صحياً خاصاً ولكن التأمين الصحي الخاص لا يتوزع بشكل متساوٍ بين فئات الدخل ولا بين مكان الإقامة (انظر الشكل ٣). أخذ انتشار التأمين الصحي الخاص ينقص بشكل بطيء وثابت مع انخفاض الوضع الاجتماعي الاقتصادي لمناطق الإقامة، مع زيادة انتشاره في المناطق ذات الدخل المرتفع تقريباً مرتين ونصف أعلى من المناطق الأكثر حرماناً (٦٩ ٪ مقابل ٢٨ ٪). يميل سكان المناطق الحضرية إلى الاشتراك في التأمين الصحي الخاص، أكثر من سكان باقي الولاية، مع تدرج واضح منسوباً إلى الدخل في نوعي المناطق الجغرافية. أستراليا من أكثر البلدان حضرنة (urbanised)، وهكذا تميل المتوسطات الإحصائية إلى عكس صورة الحضر.

التأمين الصحي الخاص في أستراليا، نتيجة طبيعته الطوعية وفروق توزيعه، ليس وسيطاً للتضامن الاجتماعي بنفس الطريقة، التي يُمكن الشعور بها في بلدان الثقافة الألمانية الأبوية (بسمارك)؛ حيث تضمن ترتيبات التأمين الصحي الشامل حدوث الاعتماد المتبادل عبر كامل السكان بدلاً من حدوثه عبر فئات سكانية مختارة. يتم تسويق التأمين الصحي الخاص في أستراليا بوصفه منتجاً يغني المرء عن اللجوء إلى خدمات القطاع العام ويلتف حول قيودها. قليل من مستشفيات القطاع الخاص تقدم خدمات رعاية الطوارئ وهكذا رغم الادعاءات التسويقية مازال المشتركون في التأمين الصحي الخاص يعتمدون على قدرة الوصول إلى شبكة مستشفيات القطاع العام. يشدد التسويق للتأمين الصحي الخاص على الطبيعة الحصرية لخدماته، وحتى يجمل صورته بالقول إنه "بضاعة جيدة"، مع مساهمة هؤلاء المشتركين في التأمين الصحي الخاص في تقليل الطلب على المستشفيات العامة. هذه المزاعم الاحتكارية والاستخدام الانتقائي للخدمات العامة يقلل من التضامن الاجتماعي بدلاً من أن توسعه وتزيده.

يختلف دور التأمين الصحي أيضاً باختلاف أقسام قطاعات نظام الرعاية الصحية الأسترالي. يظهر الشكل ٤ مصدر التمويل للعناصر الرئيسية في قطاع الرعاية الصحية.

تنال المستشفيات العامة مستويات عالية من التمويل الحكومي (أكثر من ٩٠٪ من أموال هذا المصدر) مع مستويات منخفضة بشدة من الدعم المالي للتأمين الصحي أو الإنفاق المباشر من الجيب - بالنسبة للمستشفيات العامة، مصادر التمويل "الأخرى" هي بشكل رئيسي تأمين صحي يقوم به طرف ثالث، مثل خطط حوادث السيارات أو إصابات وأمراض العمل - وعلى النقيض، يعتمد بشدة إيرادات المستشفيات الخاصة على التأمين الصحي الخاص (٤٦٪) والدعم الحكومي (٤٣٪)، يحدث ذلك أولاً عبر الإعانات المالية للتأمين الصحي الخاص). تظهر خدمات الأسنان نسقاً ثالثاً؛ حيث يوجد مستوى معتدل من الاعتماد المتبادل من خلال التأمين الصحي (١٤٪ من الإيرادات من هذا المصدر) ولكن تبقى تكلفة ذات شأن مباشرة من الجيب الشخصي؛ لهؤلاء الذين لا يغطيهم تأمين صحي، وبسبب الاستخدام المكثف للخصومات المدفوعة مسبقاً (front end deductibles)، وحتى بالنسبة للمؤمن عليهم، حوالي ثلثا تكلفة خدمات الأسنان يتحملها الأفراد مباشرة. ٨٠٪ تقريباً من تمويل خدمات الأطباء يأتي مصدرها من الحكومة، تماشياً مع أسلوب خصم الميديكير من تكلفة الرعاية الطبية.



## تقديم الخدمة

تمارس هياكل تقديم الخدمة الصحية نفوذا قويا على تجربة المرضى، إلى جانب أنها غالبا تصوغ شكل ما هو ملائم ومشروع بمعايير الاعتماد المتبادل في التمويل أو الدعم المالي. من الممكن مشاهدة كامل ألوان الطيف من هياكل تقديم الخدمة وأشكال ملكياتها المختلفة في نظام الرعاية الصحية بأستراليا لتشمل:

- ممارسة طبية منفردة لمهنيين أفراد يتصرفون فعليا كمشروع تجاري صغير.
- ممارسة طبية جماعية لعدد من المهنيين.
- شركة تقديم خدمة غير هادفة للربح.
- شركات خاصة لتقديم الخدمة.
- هيئات حكومية لتقديم الخدمة.

تعكس بنية السوق في أجزاء مختلفة من القطاع الصحي توازنات مختلفة من مختلف أنواع هذه الشركات.

٦٠٪ تقريبا من كل المستشفيات الخاصة هي شركات هادفة للربح، ويتسع نصيب هذا القطاع من صناعة الطب. خلال الفترة من ١٩٩٦/٩٧ إلى ٢٠٠٣/٠٤، زاد عدد أسرة المستشفيات الهادفة للربح بحوالي ١٨٪ بينما انخفضت أسرة المستشفيات غير الهادفة للربح بنسبة ٣٪ تقريبا. زادت حالات دخول المستشفيات الهادفة للربح أسرع من حالات دخول المستشفيات غير الهادفة للربح (٦٣٪ مقابل ٢١٪). شهدت التسعينيات إعادة هيكلة صناعة المستشفيات الخاصة، بظهور وزيادة أهمية مجموعات المستشفيات الهادفة للربح في صناعة الطب، ونتيجة لذلك انخفض عدد المستشفيات الهادفة للربح "المستقلة" القائمة بذاتها<sup>(٢٣)</sup>-(٢٤).

(23) Productivity Commission, Private hospitals in Australia, Commission Research Paper, Canberra: Ausinfo (1999).

(24) M. A. O'Loughlin, "Conflicting interests in private hospital care", Australian Health Review (2002) 5, p.106-17.

سلاسل مجموعات المستشفيات الهادفة للربح هي غالبا شركات مُسجّلة في البورصة الأسترالية.

وعلى النقيض ، ظلت ممارسة الطب التخصصي منقسمة إلى شقين؛ بعض الإخصائيين يعملون مبدئيا لطول الوقت في المستشفيات العامة -إما كموظفين في مستشفى عام أو موظفين في الجامعة- ولكن الغالبية من الإخصائيين يمارسون المهنة في عيادات خاصة منفردة أو في مجموعات صغيرة جدا مع زملاء المهنة في نفس التخصص (أو مع صلات عائلية). تقريرا تخصص الباثولوجي (pathology) يهيمن عليه حاليا عدد صغير من الشركات الخاصة الكبيرة. يمر الآن الطب العام عبر فترة انتقالية من الاندماجات؛ حيث يتحد الأطباء الذين يعملون بمفردهم في عيادات جماعية، مع دور متزايد لملكية الشركات وتقديمها للخدمة.

لهياكل تقديم الخدمة تبعات كبيرة على القيم والطريقة التي يعمل بها القطاع الصحي. جماعات المصالح الطبية، وبشكل رئيسي الجمعية الطبية الأسترالية، تشدد بقوة على الممارسة الخاصة الفردية والمدايرة ذاتيا للطب: تمتلك أخلاقيات العمل التجاري الصغير لمهنة الطب تأثيرا واسعا في السياسات، التي تدافع عنها المهنة. نموذج العمل الصغير وتقديم الطبيب المفرد للخدمة يدعم ويقوم على أساس نظام قيمي لنشاط الأفراد في السوق. العلاقة السوقية هي جوهرها علاقة طبيب فرد متعاقد مع مريض فرد. يشعر المهني الفرد نمطيا بمسئوليته وقابليته للمحاسبة أمام المريض الفرد في قضايا استمرار ودوام الرعاية، وترتيبات الزيارة من أجل المناظرة، وهلم جرا. ولكن وبشكل أكثر أهمية تخلو ديناميكية العلاقة إقليلا جدا من تدخل الحكومة أو القراء لصياغة طبيعتها. دائما تكاد تنظر المهنة إلى "التدخل" في هذه العلاقة بوصفه خصما من جودة الرعاية. ورغم العمل في هيكل شركات كبيرة أو مشروع صغير، يقلل خطاب مهنة الطب نمطيا من أهمية دور الطبيب الفرد كصاحب عمل تجاري صغير، وتقديمه للخدمة استهدافا للربح، ويشدد بدلا من ذلك على دور الأطباء "كمهنيين".

تصوغ أخلاقيات السوق شكل ما تعتبره مهنة الطب أنماط تدخل ملائمة من جانب



الحكومة. فأني تدخل تحسّ منه المهنة أنه يضع ضغوطا تنافسية على تلك العلاقة (الوقوف في صف المستهلك)، فالمهنة تراه غير ملائم ويشدد خطابها على إضعاف "العلاقة بين الطبيب ومريضه". ولذلك هناك اختلال موروث في توازن القوة بين المريض وطبيبه فور ما تقوم العلاقة بينهما نتيجة لعدم تماثل معلومات الطرفين -الطبيب والمريض- والذي يشمل تقريبا كل جوانب الرعاية الطبية. ولا يعني هذا القول بأن المهنة الطبية لا ترى كل أنواع التدخل الحكومي تدخلا غير ملائم. فالإعانات المالية التي تدفعها الحكومة للمريض حتى يستطيع دفع تكلفة الإنفاق المباشر من الجيب هي الآن جزء مقبول من مشهد السياسات العامة الصحية. ولكن المدفوعات المباشرة من الحكومة إلي مقدمي الخدمة -مقابل الخدمات التي يستفيد منها المستهلك- ما زالت المهنة تراها أقل ملائمة من الدفع عن طريق المستهلك، بل وحتى عندما يستطيع المستهلكون مطالبة الحكومة بخصوصيات. ولدت أزمة التعويضات الطبية في أستراليا في الجزء الأول من هذا العقد نوعا آخر من التدخل الحكومي رآه الأطباء تدخلا غير مشروع: إضعاف قدرة المستهلك على البحث عن تعويضات قانونية للإهمال، وزيادة الإعانات المالية الحكومية لمنظمات التعويضات.

تقدم الشركات الكبيرة الآن بالكامل تقريبا الخدمة الطبية لبعض التخصصات -التحليل الباثولوجي أولا ولكن أيضا الأشعة التشخيصية- ورغم ذلك، ما زال الدعم الحكومي لهذه التخصصات يعمل في إطار معايير العمل المهني الخاص والفردي ذي نمط تقديم الخدمة برسوم لا يحدها سقف مالي مقابل الخدمة. لا يوجد حاليا على أجندة السياسة نمط بديل للتعاقد، أو طرح مناقصات بين الشركات الطبية الكبيرة من أجل تقديم الخدمة.

تمتلك آليات تقديم الخدمة الصحية تأثيرا عميقا على القيم السائدة في الرعاية الصحية بأستراليا. يصاحب بالضرورة التشديد على الممارسة الطبية الفردية إغفال أخلاقيات "الخدمة المجتمعية" عند تقديم الخدمة، استحقاقات المواطن عند تقديم الخدمة بدلا من آليات السوق كأساس للقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية. بالنسبة للممارس

العام، يُجبر الناس غير القادرين على دفع التكلفة العالية للدفع من الجيب المباشر على تأجيل استخدام الرعاية أو البحث عنها في أقسام استقبال الطوارئ بالمستشفيات العامة. وهكذا يعانون من انعدام الجودة لنقص استمرارية الرعاية وهي السمة المفترضة لمستوى الرعاية الصحية الأولية. في حالة الرعاية المتخصصة، هؤلاء غير القادرين على الاشتراك في سوق التخصص الطبي يجب عليهم الاعتماد على خدمات العيادات الخارجية بالمستشفيات العامة؛ حتى يحصلوا على خدمة الإخصائي. لهذه الخدمات مستوى أقل كثيرا من خدمة الإخصائي في القطاع الخاص، مع طول انتظار المرضى حتى يتلقوا الخدمة، ومناخ غير مُرحّب (قاعات انتظار مزدحمة، وجدول مواعيد غير ودود وهكذا).

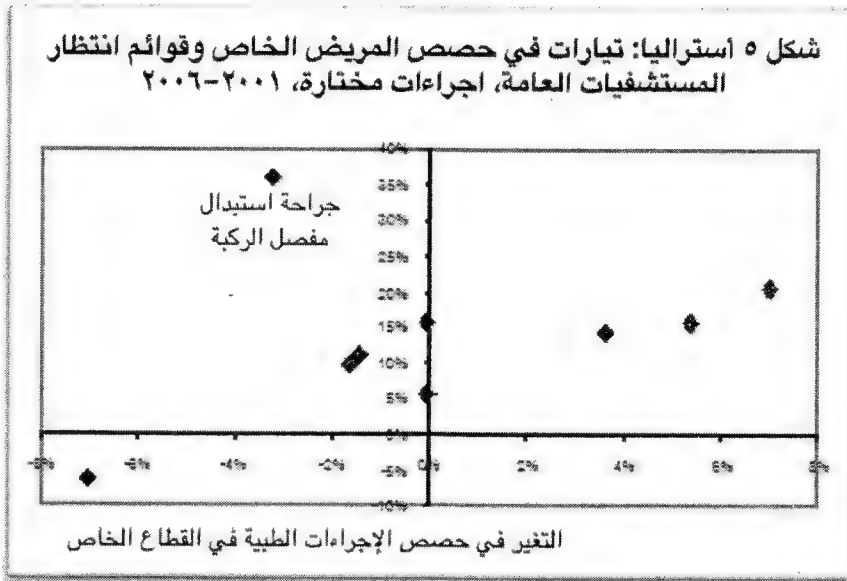
#### أنماط مزدوجة للممارسة الطبية

وهكذا بنية تقديم الخدمة الطبية تنافس الإنصاف عند تقديمها للخدمة، مع فروقات في أوقات الانتظار واتجاهات مختلفة في تقديم خدمة الإخصائي. يمارس العديد من الإخصائيين مهنتهم في كل من القطاع الخاص والقطاع العام معاً. ويخلق ذلك احتمال صدام بين المصالح: المدى الذي يستطيعه الطبيب الفرد -أو مهنة الطب بشكل جماعي- السيطرة على أوقات الانتظار في القطاع العام، وقدرتهم أيضاً على التحكم في حجم سوق القطاع الخاص لمصلحتهم. قوائم الانتظار الأطول في القطاع العام تزيد عدد المرضى المستعدين للاتجاه نحو القطاع الخاص، رغم ما يتكبّدونه من تكلفة عالية مباشرة من الجيب الشخصي عند زيارة عيادة الإخصائي الخاصة بهدف تجنب طول قوائم الانتظار. إضافة إلى زيادة حجم السوق، يميل ذلك إلى خلق مكافآت أعلى للإخصائي؛ حيث إن الوقت بالنسبة له في القطاع الخاص أكثر ربحية منه في القطاع العام.

هناك شواهد عالمية وفي دراسات مقطعية (cross sectional) بأستراليا أن تقديم الخدمة المختلط -عام وخاص- يصاحبه قوائم انتظار أطول في القطاع العام<sup>(25)</sup>.

(25) S. J. Duckett, "Private care and public waiting." Australian Health Review (2005) 1, p. 87-93.

ونفس الأمر صحيح عندما ينظر المرء في ديناميكيات السوق بالنسبة للإجراءات الجراحية. يظهر الشكل رقم ٥ بيانات التغير في حصص الإجراءات الجراحية الانتقائية، التي أجريت في القطاع الخاص مقابل التغير في المتوسط الرقمي لوقت الانتظار بالنسبة لهؤلاء الذين ينتظرون نفس الإجراءات الجراحية، خلال الفترة الزمنية ٢٠٠١/٠٢ إلى ٢٠٠٥/٠٦. (البيانات مستخرجة من معهد الصحة والرفاه الاجتماعي في أستراليا، والإجراءات المنتقاة هي كل تلك الإجراءات المنشورة بياناتها ومتاحة لكلا الفترتين).



باستثناء جراحات استبدال مفصل الركبة، هناك تقريبا علاقة مباشرة بشكل تام (linear) بين التغير في حصة القطاع الخاص والتغير في المتوسط الرقمي لوقت الانتظار: في الوقت الذي تنمو فيه حصة القطاع الخاص منسوبا إلى القطاع العام، تنمو أيضا أوقات الانتظار في القطاع العام؛ حتى بضم جراحات استبدال مفصل الركبة إلى المعادلة ما زالت هناك علاقة موجبة كبيرة الوزن إحصائيا بين المتغيرين

الاثنين - ولكن كيف تعمل هذه العلاقة؛ وما هو اتجاه المُسبَّب؟ لا تعطينا البيانات أي مؤشرات هنا. على المدى القصير (مثلا، تلك الفترة محل المراجعة)، العرض المتوافر من الجراحين الذين يقومون بأي إجراء جراحي هو نسبيا ثابت، أو بأحسن ما يكون ينمو خطيا مع نمو السكان (وهكذا نمو الطلب). بهذا العرض الثابت نسبيا، التحول إلى تقديم الخدمة القطاع الخاص بشكل مواز بالضرورة يتسبب في خفض نفس الخدمات التي يقدمها القطاع العام، مما يؤدي إلى أوقات انتظار أطول. وبالمثل زيادة أوقات الانتظار في القطاع العام؛ سوف تزيد عدد المرضى الذين يرحبون بالدفع في القطاع الخاص حتى يتجاوزون عوائق القدرة الاستيعابية للقطاع العام. الواضح سواء قصديا أم عن غير عمد، ينتفع الجراحون من تقييد عرض القطاع العام بواسطة تحول المرضى إلى القطاع الخاص الذي يعود منه مكافآت أفضل لمن يعملون فيه من الأطباء.

يكتسب الحجم النسبي لسوق القطاع الخاص أهمية حاسمة من منظور التضامن والعدالة الاجتماعية. جانب الجاذبية في التمويل الخاص وتقديم الخدمة من القطاع الخاص للمستهلك هو أن ذلك يسمح للمريض بتجاوز قيود القطاع العام بمعايير كل من رفاهية الإقامة وأوقات الانتظار. ولكن، كما يظهر أعلاه، تترك زيادة حجم القطاع الخاص أثرا ضارا على القطاع العام بتخفيض إتاحة الموارد الشحيحة - خصوصا زمن الجراحة - المخصصة له، ويزيد ذلك بالتالي من أوقات الانتظار بالنسبة لمرضى القطاع العام ويدعم نمو القطاع الخاص.

ولزيادة حجم القطاع الخاص تأثير أكثر غمرا: فكل المواطنين أصحاب مصلحة مكتسبة في سلامة القطاع العام إلى المدى الذي يعتمد فيه كل المرضى عليه. وللحكومات بدورها مصلحة سياسية في القطاع العام بمعايير الجودة والموارد. وهكذا ندمر التضامن الاجتماعي بدعمنا لدور القطاع الخاص بين قطاع كبير من السكان، خصوصا النخب السياسية الأعلى صوتا، التي باتت لا تعتمد على القطاع العام للحصول على رعايتها الصحية، ويخفت دور القطاع العام.

يوجد منطق آخر موازٍ يدافع عن التأمين الصحي القطاع الخاص . سوق قوي للتأمين الخاص هو ركيزة ضرورية لتقديم الخدمة الخاصة ومستقبل جوانب التمويل وتقديم الخدمة يتضافران مع بعضهما البعض . وهكذا يضعف انحسار التأمين الصحي الخاص الأهمية السياسية؛ لذلك السوق بشكل مباشر ويضعف بطريقة غير مباشرة سوق المستشفيات الخاصة . وبالمثل ، من الصعب بالنسبة للحكومة ، مع وجود ٤٣٪ من السكان مساهمين في التأمين الصحي الخاص ، إعادة توزيع الأموال بعيدا عن القطاع الخاص لتحسين قدرة القطاع العام على تقديم الخدمة .

### صراع القيم كما يبدو في الانتخابات السياسية

لم يتحقق بعد إجماع على القيم السائدة في السياسة الصحية الأسترالية ، ولا على البرامج الشاملة مقابل الدعم المُستهدف لخدمة بعينها أو فئة بعينها ولا على دور القطاع الخاص . نتيجة لذلك ما زال النزاع قائما بين قيم مختلفة طوال الخمسين عاما الماضية مما أدى إلى تقلبات حادة في السياسة العامة نحو التأمين الصحي الخاص والرعاية الطبية .

كان حزب العمال الأسترالي عموما هو الوصي والمروج لقيم الجماعةية والأفكار المجتمعية وكثيرا ما دعم هذا الاتجاه عموما بالتشديد على تمويل القطاع العام . ولكن مقاربة حزب العمال اتسمت بالتشدد نحو أنشطة تقوم على مبادئ السوق ولكن منذ أواخر الستينيات قبل حزب العمال هيكل الممارسة الطبية الخاصة ودور المستشفيات الخاصة . وعلى النقيض ، الأحزاب الليبرالية والقومية المحافظة -التي تشكل حكومة الائتلاف القومية- أغفلت فكرة التمويل بالدعم المتبادل أو التمويل الجماعي لكل السكان وشددت على دور التأمين الصحي الخاص الطوعي . وبالمثل ، رُوِّجت هذه الأحزاب لتقديم القطاع الخاص للخدمات الصحية .

أدت هذه الأفكار السياسية المختلفة إلى مواقف مختلفة على مستوى السياسات العامة خلال فترات سياسية مختلفة في تاريخ أستراليا نوجزه في الجدول ١ .

جدول 1: اختيارات القيم في السياسة الصحية لأستراليا 1949-2007

الفترة السياسية	اختيارات السياسة	قيم الارتكاز
1949-1972 الأحزاب الوطنية الليبرالية	• دعم التأمين الصحي الخاص في مجالي رعاية المستشفى والرعاية الطبية	• الاعتماد الذاتي الفردي • سياسات انتقائية والتمثيلي من سياسات أخرى
1972-1975 "وزارة ويكلام"	• إدخال نظام الميديكتك • التأمين الصحي الشامل	• الاعتماد المتبادل/ المشاركة في المخاطر عبر كامل السكان • تشديد قوي على الإنصاف وشمول الرعاية
1975-1983 وزارة فريزر الليبرالية الوطنية	• تفكيك نظام الميديكتك • تضيق مساحة المستحقين للوصول إلى الإعانات المالية العامة/ الدعم العام	• الاعتماد المتبادل من خلال التأمين الصحي الخاص • الإعانات المالية للفئات المستهدفة وتقسيم السكان إلى فئات
1983-1996 وزارة هوك/كينتنج العمالية	• إعادة نظام الميديكتك تحت اسم جديد هو الميديكير	• الاعتماد المتبادل/ المشاركة في المخاطر عبر كامل السكان • تشديد قوي على الإنصاف وشمول الرعاية
1996-2007 وزارة هوارد الليبرالية الوطنية	• دعم مالي وسياسي مكثف للتأمين الصحي الخاص وتقديم الخدمة عن طريق القطاع الخاص • استهداف الدعم المالي للخدمات الطبية	• دعم استراتيجي لتقديم الخدمة عن طريق القطاع الخاص • إعانات مالية للفئات المستهدفة وفئات مكاتبية
استهداف الدعم المالي للخدمات الطبية		•

١٩٤٩ - ١٩٧٢

هيمن الحزب الليبرالي والحزب الوطني (خلال هذه الفترة كان الحزب الوطني يُسمى "حزب البلد") على المشهد السياسي من عام ١٩٤٩ حتى ١٩٧٢. اتسمت

السياسة الصحية في هذه الفترة بأنها "ممارسة خاصة مدعومة بالقطاع العام"<sup>(٢٦)</sup>. الدعم الحكومي للقدرة على الوصول إلى رعاية المستشفى كان بناء على اختبار استحقاق المستفيدين لهذا الدعم (means tested)، مع التشديد على الدعم السياسي - ولحدود معينة الدعم المالي - للتأمين الصحي القطاع الخاص<sup>(٢٧)</sup>. شددت السياسة الحكومية طوال تلك الفترة على الاعتماد على الذات مع إعانات مالية متوسطة للتأمين الصحي الخاص كوسيلة لمساعدة الأفراد والعائلات على تدبير تكلفة الرعاية الصحية. تزايد تعقيد ترتيبات التأمين الصحي طوال هذه الفترة وفي أواخر الستينيات، ودفع الاستياء العام من ترتيبات التأمين الصحي الخاص إلى استجابات سياسية في شكل إدخال جدول رسوم خدمة على المستوى القومي (على أساس "الرسوم الأكثر شيوعاً") وإلى ترشيح عروض التأمين الصحي الخاص. قام حزب العمال العائد إلى الحكم في أواخر الستينيات بمزيد من الضغوط على الحكومة عندما هجر نموذج سياسات الخدمات الصحية الوطني وصاغ سياسة جديدة للتأمين الصحي الشامل<sup>(٢٨)</sup> -<sup>(٢٩)</sup>.

١٩٧٥ - ١٩٧٢

شرعت حكومة العمال سريعا بعد انتخابها في ١٩٧٢ إلى التقدم بسياسة التأمين الصحي الشامل للخدمات الطبية، تحت اسم الميديبانك (Medibank)، والوصول إلى المستشفيات العامة دون أي مشاركة في الدفع. من الناحية الطبية، مثلت هذه السياسات مبدأ التمويل من خلال الاعتماد المتبادل لكامل السكان، ولكنها فعليا دعمت اتجاه المشروع الاقتصادي الصغير في مجال تقديم الخدمة الصحية.

(26) T. Fox, 'The antipodes. Private practice publicly supported' Lancet (1963) 1, p. 875-9, 933-9, 988-94.

(27) T. H. Kewley, Social security in Australia 1900-72, (Sydney: Sydney University Press, 1973).

(28) E.G. Whitlam, 'The alternative National health programme'. Australian Journal of Social Issues, (1968) 4, p. 33-50.

(29) Supra note 4.

ورغم ذلك ، أطلقت هذه السياسات معارضة سياسية مريرة: فقد عارضتها بشراسة مهنة الطب ، وصناعة التأمين الصحي الخاص والأحزاب الوطنية والليبرالية . خضعت هذه السياسات لحملات هجوم ممولة بقوة من جمعيات الأطباء وصناعة التأمين الصحي الخاص وكذلك تعرض لنفس الهجوم رجل السياسة بيل هايدن المسئول عن تنفيذها . قُطِع الطريق على هذه السياسات في مجلس الشيوخ -السلطة التشريعية في أستراليا مكونة من مجلسين ومجلس الشيوخ هو الهيئة العليا منها- في جلسة تاريخية مشتركة للمجلسين في أعقاب انتخاب حزب العمال عام ١٩٧٤<sup>(30)</sup> . عارضت حكومات المحافظين في الولايات لفترة من الوقت الدعم الفيدرالي لرعاية المستشفيات العامة المجانية .

جسّد البرنامج (Medibank) قيم الشمولية: كان هدف السياسة هو إلغاء الحواجز المالية ، التي تعوق قدرة كل فرد على الوصول إلى الرعاية الصحية . من المفترض أن ينال كل الأستراليين قدرة متساوية على الوصول إلى الرعاية الصحية عن طريق خصومات على الرسوم الطبية والوصول إلى المستشفيات العامة دون بحث استحقاقهم للإعفاءات أم لا (means tests) . توجه النقد حينئذ إلى ركائز قيم الشمول هذه بمنطق أن التغيير بهذا الحجم وهذه الطريقة ليس ضرورياً؛ لأن من لا تغطيهم الترتيبات الجارية هم حصة ضئيلة فقط من السكان ، ويجب دعمهم من خلال خطط إعانات مالية خاصة . تم تنفيذ برنامج الميديبانك طوال الأربعة عشر شهرا التالية؛ لإقراره في الجلسة المشتركة ، باعتباره ترتيبات التأمين الطبي الجديد وانتهت المفاوضات مع الولايات حول تنفيذ الترتيبات الجديدة للمستشفيات العامة . كان لا يزال برنامج الميديبانك جديدا نسبيا عندما حدث تغيير حكومي بعد عشرة أسابيع من تنفيذ ترتيبات المستشفيات العامة في آخر الولايات .

---

(30) S. Bennett, "The 1974 joint sitting of Parliament: thirty years on" Research Note (7) 2004-05, Australian Parliamentary Library. Also at <http://www.aph.gov.au/Library/>; accessed 27 December 2007).



ورغم الآمال التي أثارها انتخابات ١٩٧٥ في تدعيم حكومة وطنية ليبرالية لاستمرار "الميديانك"، شرعت الحكومة الائتلافية في تفكيك العناصر الأساسية للميديانك على مراحل عبر السنوات الست التالية<sup>(٣١)</sup>. مثل انتخاب أحزاب ائتلاف المحافظين عودة إلى الهيمنة السياسية لأنصار حلول تطبيق قواعد السوق واختبار استحقاقات الإعفاءات لقضايا التغطية والقدرة على الوصول إلى الخدمة الصحية. كان ذلك عودة إلى الاعتماد المتبادل في أضيق نطاق عبر التأمين الصحي الخاص الطوعي؛ الذي ساد طوال الخمسينيات والستينيات. تعرضت للتجريح قيم الاعتماد المتبادل الأعرض والقيم المجتمعية التي ميّزت سنوات حكم حزب العمال بوصفها إسرافاً مالياً وتمثل "طبا اشتراكياً".

التغييرات الرئيسية التي أُدخلت في تلك السنوات هي:

- أكتوبر ١٩٧٦: إدخال ضريبة ٥,٢٪ على الدخل الخاضع للضريبة، ولكن هؤلاء المساهمين في تأمين صحي خاص يستطيعون الانسحاب من هذه الضريبة.
- مايو ١٩٧٨: تخفيض الخصوم المدفوعة طبقاً لجدول الرسوم الطبية من ٨٥ ٪ مع أقصى حد للفجوة خمسة دولارات بين الرسم والخصم إلى ٧٥ ٪ للعشر دولارات. انخفض الخصم على كامل الفواتير وتم تقييده بالنسبة للمتقاعدين والمُهمّشين اجتماعياً بخصم مدفوع أقل.
- نوفمبر ١٩٧٨: مزيد من الخفض للخصومات المقدمة للسكان عموماً إلى ٤٠ ٪ من كل ٢٠ دولاراً تُدفع من الصندوق المالي للتأمين الصحي سواء كان عضواً أم لا).

(31) S. J. Duckett, "Structural interests and Australian health policy", Soc Sci Med, (1984) 11, p. 959-66.

- مايو ١٩٧٩: عموم السكان: خصم فقط لهذا الجزء من جدول الرسوم الذي يزيد على ٢٠ دولاراً.

- سبتمبر ١٩٨١: الخصومات مقيدة لهؤلاء المؤمن عليهم فقط، تُدفع بنسبة ٣٠٪ من جدول الرسوم. إلغاء الرعاية المجانية في المستشفيات العامة وأُستبدلت بإدخال بحث صارم فعلاً لاستحقاق الإعفاءات للسماح بالوصول إلى الرعاية المجانية للمستشفيات العامة.

كان الهجوم على التضامن الاجتماعي من نوعين: الأول: التغييرات التي فككت مبادئ الشمول التي جسدها برنامج الميديبانك؛ بإعادة إدخال اختبارات استحقاق الإعفاء أولاً من أجل الوصول إلى الخدمات الطبية (تغييرات إجمالية الفواتير مايو ١٩٨٧) ولاحقاً من أجل القدرة على الوصول إلى رعاية المستشفى (سبتمبر ١٩٨١). ثانياً: صُممت التغييرات من أجل تقليل اعتماد السكان على برنامج الميديبانك، وتشجيع عضوية التأمين الصحي الخاص ومن هنا تعزيز تقديم الرعاية الصحية بواسطة سوق القطاع الخاص - الانسحاب من الضريبة الصحية في أكتوبر ١٩٧٦، وتغييرات الراحة في مايو ١٩٧٩ وتغييرات سبتمبر ١٩٨١. ورغم التوقعات بأن التخفيض البطيء في منافع التكلفة الطبية سوف يتسبب في زيادة استهلاك التأمين الصحي الخاص، فقط كانت تغييرات المستشفى في سبتمبر ١٩٨١ هي التي سببت دخول عديد من الناس تحت غطاء التأمين الصحي الخاص، وربما قد يعود ذلك إلى انخفاض التكاليف الطبية عموماً رغم أنه حتى نوبة واحدة من الإقامة بالمستشفى قد تؤثر تأثيراً كبيراً في ميزانية الأسرة.

بررت الحكومة هذه التغييرات لأسباب مالية، ولكن الانقلاب في السياسات العامة خلال هذه الفترة أحياناً يزيد من النفقات الحكومية ومن الأفضل توضيحه عندما نراه عبر عدسة أيديولوجية<sup>(٣٢)</sup>. أفضل صورة عبرت عن ذلك كانت هي تبرير الحكومة

(32) S. J. Duckett, "Chopping and changing Medibank part 2: An interpretation of the policy making process", Australian Journal of Social Issues, (1980), p. 15, 79-91.

لتغييرات ١٩٨١: أن هذه التغييرات وُضعت "لضمان استمرار الممارسة الطبية بالقطاع الخاص"<sup>(٣٣)</sup>.

١٩٨٣ - ١٩٩٦

بدأت دورة جديدة من السياسة الصحية بانتخاب حكومة حزب العمال برئاسة هوك في ١٩٨٣.<sup>(٣٤)</sup> صاحب عودة حزب العمال للحكم هيمنة سياسية للقيم المجتمعية وتشديد على المشاركة في المخاطر عبر السكان جميعهم. تحركت الحكومة الجديدة بسرعة وأعدت إدخال التأمين الصحي الشامل واستعادت القدرة الشاملة على الوصول إلى رعاية المستشفيات العامة. خطط "الميديكير" الجديدة كما اصطلح على تسميتها، كانت الجزء الرئيسي من السياسة الاجتماعية الأعرض للحكومة التي بانته ملامحها في "الاتفاق" الذي تم التفاوض حوله مع حركة الاتحادات النقابية قبل الانتخابات. وتضمن الاتفاق موافقة النقابات على اعتدال مطالبهم في الأجر النقدي، مقابل تحسين الأجر الاجتماعي، والجزء الرئيسي في هذا الأجر هو إعادة إنشاء التأمين الصحي الشامل، وهكذا يوفر العمال نفقاتهم بتخفيف الشعور نحو الحاجة إلى الاشتراك في التأمين الصحي الخاص<sup>(٣٥) - (٣٦)</sup>.

لم يجذب التأمين الصحي الخاص سوى القليل من الانتباه لسياسات حكومتي هوك وكيينج الذي تلاه. صُممت التغييرات في السياسة الحكومية بحيث تحسّن صناعة التأمين وظيفياً من خلال شكل محسّن للمنتج، وإدخال حزم خصومات للزيادة على المبلغ التأميني (front end deductible) وإدخال حزم خدمات في ١٩٨٥، ومحاولة

(33) Supra note 31.

(34) J. Duckett, "Making a difference in health care", in S. Ryan and T. Bramston (eds.) The Hawke government: A critical perspective, (North Melbourne: Pluto Press, 2003), p. 215-24.

(35) L. Sonder, 'The Accord, the communique and the budget', The Australian Quarterly, (Winter) (1984), p. 153-162.

(36) S. Carney, Australia in Accord. Politics and industrial relations under the Hawke Government, (South Melbourne: Sun Books, 1988).

تقليل نفقات الجيب الشخصي بالسماح للصناديق التأمينية بالمفاوضة حول الأسعار مع المستشفيات في ١٩٩٦<sup>(٣٧)</sup>. بدت استجابة الصناديق التأمينية على تلك الفرص بطيئة<sup>(٣٨)</sup>، ربما لأن إعادة نظام الإعانات المالية مرة أخرى كان حلاً أسهل للحكومة الليبرالية الجديدة. لم يكن من المرجح أن تمتلك أستراليا نظاماً شاملاً للتأمين الصحي، دون وجود حكومة حزب العمال في السلطة في أوائل الثمانينيات. وكما أظهرت الفترة اللاحقة لحكومة هوارد، لو استمرت حكومة فريزر الليبرالية في الحكم، لاستمرت تستجيب لمصالح منظمات التأمين الصحي الخاص وجمعيات المهن الطبية. كانت سوف تستمر ترتيبات التأمين الصحي على حلقات مع التشديد على الإعانة المالية للتأمين الصحي الخاص، بدلاً من إنشاء نظام شامل منهجي يقدم التغطية لكل الأستراليين.

تمثل فترة بقاء الليبراليين في السلطة فترة بارزة من استقرار السياسات الصحية. نما التأييد الشعبي للميديكير -بمعايير كل من الخدمات الصحية وخدمات المستشفى- طوال هذه الفترة، ربما بسبب هذا الاستقرار، إلى المدى الذي جعل الأحزاب الليبرالية والوطنية تهجر لاحقاً معارضتها الصريحة لبرنامج الميديكير.

١٩٩٦ - ٢٠٠٧

جون هوارد، زعيم الائتلاف الوطني الليبرالي في انتخابات ١٩٩٦، بالتوازي مع التزام فريزر "بالحفاظ على استمرار الميديبانك"، وعد هو الآخر بالحفاظ على استمرار "الميديكير في مجمله". هجوم هوارد على برنامج الميديكير كان أكثر حصافة من تدمير فريزر للبرنامج الميديبانك. أيديولوجية وفلسفة الأحزاب الليبرالية الوطنية، كانت هي دعم حلول السوق الخاص في كل ميادين السياسات العامة ودعم

---

(37) S. Gath, "Enhanced consumer rights in private health care: Have the "Lawrence Amendments" delivered?" *Journal of Law and Medicine* (1999) 6, p. 241-252.

(38) S. Willcox, "Buying best value health care: Evolution of purchasing among Australian private health insurers." *Australia and New Zealand Health Policy* (2005) 2, p. 6. Available at: <http://www.anzhealthpolicy.com/content/2/1/6>.

اجتماعي بناء على اختبار استحقاق الدعم (means tested) بدلا من مبدأ شمول الدعم الاجتماعي لكل الناس. ورغم عدم انتكاس الدعم الحكومي للتأمين الطبي الشامل، خلال فترة حكم الوطنية الليبرالية، كانت هناك سلسلة من مبادرات السياسة العامة موضوعة لتدعيم دور القطاع الخاص، لتعكس تفضيل الائتلاف الحكومي لاستهداف مجموعات بعينها بدلا من البرامج شاملة التغطية.

تضمنت أكبر تغييرات في السياسات وأكثرها تكلفة في سنوات حكم هوارد تلك التغييرات المصممة؛ لزيادة الاشتراك في التأمين الصحي الخاص. هنا أدخلت الحكومة الإعانات المالية المكثفة للتأمين الصحي الخاص (المعروف باسم خصم التأمين الصحي) إلى جانب إعادة هيكلة مبدأ "التسعير المجتمعي" (community rating) لوضع حوافز قوية للمستهلك؛ حتى يشترك في التأمين الصحي قبل سن الثلاثين من العمر. مُنح أصحاب الدخول العالية حوافز ضرائبية للاشتراك في التأمين الصحي. أكبر مبادرات سياسة التأمين الصحي الخاص كانت كما يلي:

- يوليو ١٩٩٧: ضريبة إضافية ١٪ على ضريبة برنامج الميديكير على هؤلاء أصحاب الدخل الفردي الذي يزيد على ٥٠ ألف دولار سنويا أو دخل أسرة يزيد على ١٠٠ ألف دولار سنويا، ولا يساهم في تأمين صحي خاص. حدود الدخل هذه لم ترتبط بمعدل التضخم لذلك تؤثر هذه الضريبة على حصة متزايدة من السكان مع مرور الوقت. أثر هذه الضريبة الإضافية جعل من الأرخص للأفراد والعائلات أن تشترك في التأمين الصحي الخاص، بدلا من دفع هذه الضريبة. كان لهذه السياسة أثر إضافي ألا وهو دفع أصحاب الدخول العالية -الذين هم -عموما- أقل من يستخدم الخدمات الصحية- إلى وعاء المشاركة في تحمل المخاطر (risk pool)، وهكذا يحسنون من موقف هذا الوعاء.

سياسة الخصم ذي سقف لاختبار الاستحقاق (Capped means tested rebate). لم تفعل هذه السياسة سوى قليل من الأثر على زيادة الاشتراك في التأمين الصحي الخاص<sup>(٣٩)</sup>.

(39) Supra note 10.

- ففي يناير ١٩٩٩: استبدلوا سياسة الخصم هذه بسياسة خصم أخرى دون سقف تصل إلى ٣٠٪ على الاشتراكات الأولية في التأمين الصحي الخاص دون اختبار لاستحقاق الخصم. وكما كان مع الإعانات المالية لعام ١٩٩٧، لم يكن لهذه السياسة سوى تأثير محدود جدا على زيادة الانضمام إلى التأمين الصحي الخاص.

- في يوليو ٢٠٠٠: تغيرت اللوائح التنظيمية للاشتراكات الأولية للتأمين الصحي الخاص إلى إدخال نظام اختيارات طرق مختلفة للاشتراك الأولي تقوم على أساس السن التي يشترك عندها المساهم لأول مرة في التأمين الصحي - تسعير مجتمعي لطول العمر - يواجه الناس / الأسر التي تتضمن للتأمين الصحي للمرة الأولى بعد سن الثلاثين نسبة زيادة في الاشتراك الأولي تبلغ ٢٪ (حتى السبعين من العمر) سنويا.

- في أبريل ٢٠٠٥: زاد خصم التأمين الصحي إلى ٣٥٪ بالنسبة لمن تتراوح أعمارهم بين ٦٥ إلى ٦٩ سنة؛ ٤٠٪ لمن تتجاوز أعمارهم ٧٠ سنة.

كان أهم تغيير في هذه السياسات بمعايير تأثيره على التأمين الصحي الخاص هو إدخال "التسعير المجتمعي مدى الحياة" في يوليو ٢٠٠٠<sup>(٤١) - (٤٢) - (٤٣)</sup>. أدى هذا التغيير إلى زيادة ٥٠٪ في عدد المشتركين في التأمين الصحي، مع انتشار التأمين الصحي الذي زاد من ٣٠٪ من السكان إلى ٤٥٪. تناقض خطاب هذه السياسة العامة مع لغة تسويق هذه الخطط الجديدة. وشدد خطاب السياسات على أن الدعم المالي للتأمين الصحي الخاص سوف يقلل بمعنى من المعاني الضغط الواقع على المستشفيات العامة

---

(40) Supra note 8

(41) L. Segal, "Why is it time to review the role of private health insurance in Australia." Australian Health Review (2004) 1, p. 3-15.

(42) R. E. Moorin and C. D. J. Holman, "Modelling changes in the determinants of PHI utilisation in Western Australia across five health care policy eras between 1981 and 2001." Health Policy (2007) 2-3, p. 183-94.

بتخفيض الطلب على القطاع العام حين تزيد قدرة عدد أكبر من الناس على استخدام المستشفيات الخاصة. وهكذا حاولت الحكومة تصوير نفسها بوصفها داعمة لدور المستشفيات العامة. وعلى النقيض، شددت خطط التسويق لهذه السياسات الجديدة، التي قامت بها كل من الحكومة وشركات التأمين الصحي الخاص، على أن التأمين الصحي الخاص سوف يسمح للمرضى بتجاوز صفوف الانتظار؛ لإجراء جراحات معينة/أو للإقامة بالمستشفيات من أجل تلقي العلاج. وقد جسد ذلك هجوما ماكرا على المقاربات المجتمعية/ذات أبعاد الشمول التي تبنتها الحكومات السابقة، وفرضت هذه السياسات أنه ليس بوسع السكان بعد ذلك الاعتماد على نظام الميديكير العام للوصول إلى الرعاية الصحية في التوقيت السليم.

شدد برنامج التسويق الحكومي على أهمية الاشتراك في التأمين الصحي بتحديد سقف زمني للاشتراك لبداية سريان طريقة جديدة؛ للاشتراكات الأولية تعتمد على سن المشترك<sup>(43)</sup>. فقد اعتبرت الحكومة الأشخاص والعائلات التي تشترك بالتأمين الصحي قبل تاريخ معين أنهم مشتركون عند سن الثلاثين عاما. كان شعار حملة التسويق هو "سارع إلى التغطية" وكانت البوسترات تظهر المرضى على أسرّتهم يهرولون مندفعين يسبق بعضهم الآخريين الواقفين في طابور خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات العامة. وكما استخلص دويل:

كان لحملة "سارع إلى التغطية" مصحوبة بشعار "تأمين صحي مدى الحياة" مفعول السحر. كانت الرسالة الأساسية هي أن الحكومة لم تعد تستطيع تقديم قدرة شاملة للوصول إلى الرعاية الصحية بالمستوى المثالي من خلال الميديكير، وأن الطريق الوحيد لضمان التغطية الشخصية الآن هو الاشتراك في تأمين صحي خاص.

---

(43) S. Carter and S. Chapman, "John's \$12 tonic: Press coverage of the government's selling of a private health insurance rebate." Australian and New Zealand Journal of Public Health (2001) 3, p. 265-71.

لن يستفيد من تلك الميزات الأعضاء الجدد فقط ، الذين سوف يدفعون - إذا لم ينضموا إلى التأمين - مزيدا من الأموال ، بل سوف يستفيد أيضا أولئك الذين كانوا لا يستطيعون الانضمام إلى التأمين الصحي . فقط كانت حملة هجومية بمعايير نمو العضوية ، كانت حملة ناجحة جدا<sup>(٤٤)</sup> .

أظهر التقييم اللاحق لهذه السياسات بشكل واضح تماما أنه لم تثمر الإعانات المالية المقدمة إلى التأمين الصحي الخاص سوى قليل من الفائدة لتخفيض الضغوط الواقعة على نظام المستشفيات العامة<sup>(٤٥)-(٤٦)-(٤٧)-(٤٨)-(٤٩)-(٥٠)-(٥١)-(٥٢)</sup> ، رغم ما أحدثته تغييرات التغطية مدى الحياة من تحويل اتجاه حوالي ١٠٠ ألف مريض سنويا من المستشفيات

---

(44) J. S. Deeble, The private health insurance rebate: Report to State and Territory Health Ministers, National Centre for Epidemiology and Population Health, The Australian National University (2003).

(45) S. J. Duckett and T. Jackson, "The new health insurance rebate: An inefficient way of assisting public hospitals", Medical Journal of Australia (2000) 9, p. 439-44.

(46) Scheme: how effective has Richardson, J. R. J. and L. Segal, "Private health insurance and the Pharmaceutical Benefits recent government policy been?" Australian Health Review (2004) 1, p. 34-47.

(47) Iian Health Review (2004) 1, p. 3-15

(48) D. Hindle and I. McAuley, "The effects of increased private health insurance: a review of the evidence." Australian Health Review (2004) 1, p. 119-138

(49) K. Brameld, D. A. Holman, et al., "Possession of health insurance in Australia-how does it affect hospital use and outcomes?" Journal of Health Services & Research Policy (2006) 2, p. 94-100

(50) R. E. Moorin and C. D. J. Holman, "Does federal health care policy influence switching between the public and private sectors in individuals?" Health Policy (2006) 2-3, p. 284-95.

(51) R. Moorin, K. J. Brameld, et al., "Health care financing and public responses: use of private insurance in Western Australia during 1980-2001." Australian Health Review (2006) 1, p. 73-82.

(52) Supra note 42



العامة إلى المستشفيات الخاصة، تقريبا لإجراء نفس الإجراءات الصحية<sup>(٥٣)-(٥٤)-(٥٥)</sup>.

وفي نفس الوقت ومع إعطاء القطاع الخاص -تأمين صحي ومستشفيات- إعانات مالية مكثفة -الإعانات المالية للتأمين الصحي هي الآن أكبر من الإعانات المالية الموجهة لصناعة التعدين والإنتاج والزراعة مجتمعين- أخذ دعم الكومنولث للمستشفيات العامة يتقلص . اتفاقية أستراليا حول الرعاية الصحية ٢٠٠٣-٢٠٠٨ كانت أكثر سخا من سابقتها. فقد وفرت الاتفاقيات السابقة إعادة موازنة مساهمات الكومنولث والولايات معا للمستشفيات العامة كل خمس سنوات؛ حيث يساهم الكومنولث نمطيا بما يزيد على ٥٠ ٪ من التكاليف في السنوات الأولى من الاتفاقية وهي الحصة التي تصبح العكس في السنوات الأخيرة حين يقع تضخم تكاليف المستشفى الزائد على عاتق إنفاق الولاية. كانت اتفاقية ٢٠٠٣ - ٨ . مختلفة، فالتفاوض حولها كان فظا وانتهى بوفورات للكومنولث تُقدَّر بحوالي مليار دولار في التقديرات المستقبلية للميزانية (Budget Forward Estimates)، واستُخدمت الاتفاقية لتمويل سياسة تغيير الفواتير المجمعة (bulk billing) الموصوفة أدناه<sup>(٥٦)</sup>. بلغ نصيب إنفاق الكومنولث على المستشفيات العامة عند الاقتراب من نهاية فترة الاتفاقية مستوى انخفاض غير مسبوق بنسبة ٤١ ٪، مما يصور أن أولوية الائتلاف هي في دعم القطاع الخاص.

خرَّبَت المجموعة الثانية من السياسات التي أدخلتها حكومة الائتلاف التضامن الاجتماعي بإدخال سياسة استهداف الدعم المالي للقدرة على الوصول إلى الرعاية الطبية، وهكذا أضعفت سمة حاسمة من سمات برنامج الميديكير، شمول البرنامج.

---

(53) N. Owers, V. Sundararajan, et al. "The effect of increased private health insurance coverage on Victorian public hospitals." Australian Health Review (2003) 2, p. 6-10

(54) S. J. Duckett, "Living in the parallel universe in Australia: public Medicare and private hospitals." CMAJ (2005) 7, p. 7

(55) A.E. Walker, et al., "Public policy and private health insurance: distributional impact on public and private hospital usage." Australian Health Review, (2007) 2, 305-314

(56) S. J. Duckett, "The Australian Health Care Agreements 2003-2008." Australian & New Zealand Health Policy 1: <http://www.anzhealthpolicy.com/content/1/1/5>, (2004).

فمن بدايته وبرنامج الميديكير كان مخططا للتأمين الصحي الشامل يُعالج السكان جميعهم بشكل متساوٍ بمعايير الدعم الحكومي.

ومع ذلك، لم يرتبط جدول الرسوم الحكومي بالرسوم المفروضة فعليا وأخذت قيمة هذا الدعم الحكومي تتآكل - بالنسبة لكل الناس - عندما أصبحت رسوم الجدول حصة تتضاءل شيئا فشيئا من الرسوم التي يفرضها الطبيب الممارس العام. وكرد فعل على الضغوط السياسية من هذا الانخفاض في الفواتير المجمعة والزيادة المترتبة على ذلك في الإنفاق من الجيب الشخصي من أجل الخدمات الطبية، أدخلت الحكومة عددا من ترتيبات "شبكة الأمان" التي استهدفت فئات سكانية معينة وبارزة اجتماعيا أو سياسيا. فقد تم استهداف فئات سكانية معينة ومناطق جغرافية بعينها تتضمن سكان الريف وضواحي المدن الكبرى - وقد ضمو أهل الضواحي ربما لما لهم من أهمية تصويتية في الانتخابات - التغييرات التي أُدخلت هي:

- فبراير ٢٠٠٤: خصم خمسة دولارات إضافية على الفواتير المجمعة لخدمات الممارس العام لمن يحمل بطاقة الامتياز والأطفال تحت سن ١٦

- مايو ٢٠٠٤: خصم ٥,٢ دولار إضافية على الفواتير المجمعة لخدمات الممارس العام لمن يحمل بطاقة الامتياز والأطفال تحت سن ١٦ في المناطق الإقليمية والريفية والناحية، وفي تسمانيا أصبح مجمل الخصم الإضافي من التغييرات التي وقعت في فبراير ومايو في هذه المناطق الجغرافية هي ٥,٧ دولار.

حد الثلاثمائة دولار سنويا لإنفاق شبكة الأمان على العائلات التي تتلقى منافع الأسرة الضريبية الخاصة (Family Tax Benefit) وعلى حاملي بطاقات الامتياز وحد السبعمائة دولار سنويا لكل الأفراد والعائلات الآخرين، الذي سوف يلبي الميديكير بعدهما ٨٠٪ من تكلفة الإنفاق من الجيب الشخصي.

- يناير ٢٠٠٥: خصم ١٠٠٪ (من جدول الرسوم) لمعظم خدمات الممارس

العام . دمر هذا التغيير حوافز الأطباء في موضوع الفواتير المجمعة ، مع وجود الخصم سواء كانت المشاركة في الدفع (co-payment) مطلوبة من المريض أم لا .

وكما يظهر من الشكل (١) ، أوقفت هذه التغييرات انخفاض الفواتير المجمعة ، ولكن على حساب إعادة وضع مفهوم الفواتير المجمعة من جديد كبرنامج يستهدف أقسامًا معينة من السكان بدلا من كونه استحقاقا شاملا .

عام ٢٠٠٧ وما بعدها

فازت حكومة العمال بانتخابات ٢٠٠٧ ، ووعدت بالاحتفاظ بكثير من السياسات التي أدخلتها حكومة الائتلاف بما فيها خصومات التأمين الصحي ، والتغطية مدى الحياة وشبكة أمان برنامج الميديكير . ولكن وعلى خلاف أولويات الائتلاف السياسية ، شددت الحكومة الجديدة أيضا على الدعم المباشر؛ لإعادة بناء نظام المستشفيات العامة وتحركت سريعا لتوفير تمويل إضافي للولايات - وإن كان لمرة واحدة فقط - من أجل تخفيض قوائم الانتظار . رفعت ميزانية ٢٠٠٨-٠٩ الحد الأدنى للرسم الإضافي لضريبة الميديكير على الدخل السنوي الذي يبلغ ١٠٠ ألف دولار بالنسبة للفرد ، ويبلغ ١٥٠ ألف دولار بالنسبة للأسرة ، لتغير اتجاه حد القيمة المنخفضة للحد الأدنى واستعادتها مرة أخرى كرسم إضافي على "الأغنياء" بدلا من الانجراف وراء الإمساك بقسم أعظم من السكان . استطاعت التغييرات في ترتيبات الحد الأدنى على الأرجح عكس مسار التيار الأخير الذي يشجع الانضمام إلى التأمين الصحي الخاص .

## الخلاصة

يوصف نظام الرعاية الصحية في أستراليا بأنه "صراع مصالح"<sup>(٥٧)</sup>، ولكن هذه المصالح لا تسعى فقط خلف مصالحها المالية والقطاعية، ولكنها تسعى أيضا إلى مواقف من قيم فكرية تختلف بشدة حول مكان الإنصاف والشمول. والدور الذي يجب أن يلعبه السوق فيما يخص القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية هو أيضا محل نزاع شديد. كان لدى المهنة الطبية دور مهم على نحو خاص في صراع القيم مع جماعة المصالح الرئيسية، الجمعية الطبية الأسترالية، التي تهيمن عليها أخلاقيات الأسواق الخاصة الحرة، ومن الممكن أن يكون ذلك نابعا من هيكل الصناعة نفسه كأطباء يديرون مشاريع صغيرة. لم تهيمن مثل هذه الأخلاقيات إلى نفس المدى على الجمعيات المهنية الإكلينيكية (مثل الجمعية الملكية الأسترالية للأطباء)، وهو ما يعكس بشكل محتمل أنه في بعض الكليات الإكلينيكية يوجد نفوذ أكبر كثيرا؛ لأطعم العمل الطبية التي تقوم بأدوار أكاديمية أو تعمل بأجر في المستشفيات العامة.

هناك أنصار للمصالح القطاعية يدافعون عنها في المجال السياسي، وقد وضعت الأحزاب السياسية المختلفة تأكيدات متنوعة على قيم النزعة المجتمعية في مواجهة الاعتماد الذاتي للفرد عند توليها سلطة الحكم. وكما صورنا في هذا الفصل، ورغم أي وعود قُطعت كجزء من الحملات الانتخابية، تصرفت حكومات الائتلاف بانسجام تام مع دعم القطاع الخاص أكثر من القطاع العام، واتبعت سياسات تقسم بها السكان إلى أقسام أو فئات مستهدفة بدلا من التأكيد على التضامن الاجتماعي والشمول.

ما الذي يحمله المستقبل بين طياته؟ بالنسبة للمستقبل المنظور سوف يصبح لدى أستراليا نظام مختلط عام وخاص لتقديم الخدمة مع وجود دور مستمر وكبير للحكومة في التمويل. حافظ التأمين الصحي القطاع الخاص الذي يمثل ركيزة حاسمة في تقديم خدمات المستشفيات الخاصة، على نصيبه في السوق الذي يمثل نحو ٤٠٪ من

---

(57) S. Sax, A Strife of interests: Politics and Policies in Australian Health Services, North Sydney, Allen and Unwin, 1984.

السكان . وهناك جماعات أقلية كبيرة لا تستطيع أي حكومة أن تتحمل سياسيا استبعاد هذا القسم من السكان . استطاعت الصناعة النجاح في إقناع المساهمين في التأمين الصحي الخاص بأن الدعم العام للتأمين الصحي الخاص هو أمر معقول وذو جدارة .

ورغم ظهور بعض العلامات بأن سوق التأمين الصحي الخاص عاد مرة أخرى؛ ليكون غير مستقر وبدأ في المعاناة من الانتقاء الضار ، فليس من المرجح أن حكومة العمال سوف تستثمر موارد كبيرة في مزيد من الإعانات المالية لهذه الصناعة . مستقبل السوق الطبي تحيط به الشكوك وتخضع طبيعة المشروع الصغير في السوق الطبي إلى تحدٍ خطير من اندماجات الصناعة ومقدمي الخدمة الكبار . ولن يغير هذا الموقف الأيديولوجي للصناعة ولكن قد يضعف صورتها أمام الجماهير . قد يعيد انتخاب حكومة العمال بؤرة اهتمام السياسة إلى أفكار وقيم الشمول والمساواة في أستراليا ، ولكن نقاط قوة ونجاحات القوى المضادة يفترض أنه سوف يظل صراع القيم في أستراليا مستمرا مستقبلا .

ما الدروس المستفادة بالنسبة للبلاد الأخرى؟ صوّر هذا الفصل أهمية سياسات الانتخاب في التأثير على شكل نظام الرعاية الصحية . الإجماع الضعيف على أساس القيم حول مكان الشمولية في نظام الرعاية الصحية بأستراليا سمح بعودة ظهور سياسات استهداف فئات بعينها وأقسام بعينها أثناء سنوات هوارد . تظهر تجارب أستراليا أيضا قدرة المهنة الطبية على صياغة السياسات مع عديد من أوجه السياسات في ظل حكومات فريزر وهوارد خضعت لتوجيه القيم المهنية والسلطة السياسية للمهنة بدلا من المنطق البيروقراطي أو منطق اقتصاديات الصحة . كان لا يجب المبالغة في أهمية مهنة الطب في فترات حكومات الائتلاف: كان حديث المهنة للحكومة التي كانت متعاطفة مع كلامها . فعليا ، القول بأن السياسة الصحية في عهد فريزر من الممكن فهمها بشكل أفضل بالتفكير والتدبر في قضايا أيديولوجية أوسع ، بدلا من التطلع إلى توضيحات من داخل القطاع الصحي نفسه<sup>(58)</sup> . وبالتأكيد ، صراع القيم في السياسة

---

(58) Supra note 32.

الصحية يعكس صراعات مماثلة في مجالات أخرى من السياسات العامة خلال هذه الفترات .

وأخيرا ، تصور تجارب أستراليا بعض العوائق التي وقفت في مواجهة الحكومات .  
تطور التأييد الانتخابي القوي لبرنامج الميديكير طوال سنوات حكم هاووك / كيتنج هو  
الذي قيّد حكومة هوارد ومنعها من الهجوم على أنصار شمول التأمين الصحي .

## الفصل الحادي عشر

# الإصلاح الصحي في الصين: هوية قطاع عام وسلوكيات قطاع خاص: الأسباب والنتائج والعلاج

ففيان لن/ وهوانجوين جاو (Vivian Lin and Hongwen Zhao)

### مقدمة

مع تأسيس جمهورية الصين الشعبية في عام ١٩٤٩، انعقد المؤتمر الوطني الأول للصحة، ووضعت أربعة مبادئ إرشادية لتطوير النظام الصحي كالاتي: (١) نظام يخدم العمال والجنود والفلاحين والمسنين، (٢) وضع أولوية للوقاية، (٣) وضع اهتمام متساو بين الطب الصيني التقليدي والطب الغربي (٤) تحريك كل قطاعات المجتمع للعمل الصحي لزيادة العمر المتوقع في ثلاثة عقود (العقد عشر سنوات). وحدث بعد ذلك تحسن ملحوظ في موارد الصحة (انظر جدول رقم ١). تم هذا الإنجاز من خلال نظام الاقتصاد المخطط، حيث كان اكتمالا ناجحا لما اصطلح على تسميته "الثورة الأولى للصحة"، مقارنة مع البلدان الأخرى المشابهة في مستوى دخل الفرد. كما أن الحالة الصحية التي تحققت كانت أفضل من المتوقع<sup>(١)</sup>، وبهذا أصبحت الصين نموذجا عالميا للرعاية الصحية الأولية<sup>(٢)</sup>.

ومنذ عام ١٩٤٩ وإلى الآن مر النظام الصحي الصيني في تطوره بثلاث مراحل من الإصلاح الصحي، في معالجة أسباب ونتائج خطط السياسات السابقة. ففي

(\*) نتقدم بالشكر والعرفان على المعاونة البحثية التي قمنها إملي بريتك في إعداد هذه المخطوطة. (المؤلفان)

(1) World Bank, China: Strategies for reducing poverty in the 1990s. (Washington DC: World Bank, (1992).

(2) WHO, Declaration of Alma-Ata (International Conference on Primary Health Care), 1978

المرحلة الأولى من عام ١٩٤٩ حتى ١٩٧٩ ، يمكن رصد تطور النظام ومبدأ المساواة فيه من خلال مؤشرات القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية وإتاحتها والقدرة على تحمل تكلفتها في إطار أيديولوجي متسع من الإنصاف والتضامن السياسي . ومن ثم يمكن تصوّر التطورات التالية لذلك أو وصفها كالتالي:

الجدول رقم 1: الوضع والموارد الصحية في الصين			
المؤشرات	١٩٥٠	١٩٨٠	٢٠٠٠
العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنة)	٥٧,٠	٦٧,٩	٧٣,٠
معدل وفيات الأطفال (لكل ألف مولود حي)	٨,٨٠	٧,٣٤	١٥,٣
المستشفيات	٤١٧٩	١٢,٢٢٧	١٩,٢٤٦
أمرة المستشفيات	٢٩٤,٧٠٠	١,٥٠٨,٦٠٠	٢,٥٦٠,٤٠
قوة العمل الصحية	١,٠٣٩,٢٠٠	٣,٤١٠,٩٠٠	٤,٦٢٤,١٤٠
المراكز الصحية بالمراكز الإدارية الحضرية	N/A	٤٧,٣٨٧	٤٠,٧٩١
إجمالي عدد السكان	٦١٤ million	٩٨٧ million	١,٢٢١ million (٢٠٠٧)

Sources: Ministry of Health MOH, Chinese Health Statistical Digest

- الدورة الأولى للإصلاح: من عام ١٩٨٠ حتى ١٩٩٦ ، والتي اتسمت بالمشاركة في مسئولية الرعاية الصحية من خلال الأفراد والحكومات في سياق سياسات اللامركزية المالية ، والتوجه لعمل شركات قابضة كبيرة في إطار الهوية العامة وآليات العمل الخاصة.
- الدورة الثانية للإصلاح: من عام ١٩٩٧ إلى ٢٠٠٦ ، في محاولة لدمج مقارنة التخطيط المركزي وآليات السوق ، في ظل نقص التمويل الحكومي للخدمات الأساسية العامة أو سياسات روافع آليات السوق الأخرى! مما أدى إلى فشل الإصلاح الصحي مع تهيش التضامن ونتائج الحماية الاجتماعية.



- الدورة الثالثة للإصلاح: من عام ٢٠٠٧ إلى ٢٠٢٠، في محاولة لإعادة بناء أهداف القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية وتدعيم الإنفاق الحكومي كجزء من التدعيم الكلي للخدمات العامة، وإصلاح الخدمات الحكومية والحقوق الصحية العاجلة.

وبمعنى آخر، كانت الدورة الأولى جزءاً من الاقتصاد المتحرك المنفتح المعتمد على سياسات السوق التي دمرت معالم النظام الصحي الناجح السابق. أثر دورة الإصلاح الصحي الأول كان عبارة عن خصخصة جزئية؛ للتمويل مع إنشاء شركات لإدارة تقديم خدمات الرعاية الصحية ولا مركزية الملكية وتشجيع للاستثمار. وقد برزت بذلك أعراض مشكلات النظام الذي يمكن توصيفه بالهوية العامة وآليات العمل الخاصة؛ حيث ظلت الملكية نظرياً ملكية عامة وإن اتسم أداء وسلوك مقدم الخدمة بما يعكس توجهاً قوياً لتحقيق الربح.

وبداية من التسعينيات، تجري محاولات متكررة لإعادة النظر في مشكلات التكلفة المرتفعة للخدمات والقدرة غير المتساوية للوصول إلى الخدمة وتردي الجودة الذي أصبح السمة الغالبة على النظام الصحي الصيني. نراجع في هذا الفصل أسباب ونتائج وعلاجات مصاحبة للنتائج الكارثية للدورة الأولى من الإصلاح الصحي، مع تركيز خاص على قضايا العدالة والإنصاف والمناقشات الناشئة حول الحقوق الصحية، والتي تعطي مؤشرات وتحليلات لأثر الإصلاح. يلي ذلك مناقشة الدورة الثانية للإصلاح الصحي والسياسات الإجرائية وعوامل الفشل والنجاحات. ثم نتناول مستهدفات واتجاهات الدورة الثالثة الحالية للإصلاح، واضعين في الاعتبار جهود علاج المشاكل الخطيرة المتصاعدة لعدم الإنصاف.

ويحتوي الفصل على مناقشة تحديات إنجاز الإصلاح الحالي وما ينبغي أدائه.

وفي النهاية سوف نقترح أداة لتقسيم المراحل وهو ما أصبح ملمحاً لرصد وتقييم شفافية أداء النظام الصحي الصيني.

## أسباب ونتائج تغيير النظام الصحي

بدأت الدورة الأولى للإصلاح الصحي تحديداً مع بداية الإصلاح الاقتصادي في أوائل عام ١٩٨٠. كان كل من الإصلاح الاقتصادي وإصلاح القطاع العام هما القوة الدافعة وراء إصلاح النظام الصحي، ولا مركزية المالية وتأسيس شركات قابضة مملوكة للدولة، والقطاعات العامة الأخرى المعنية بخدمات الرفاه الاجتماعي مثل الرعاية الصحية. ومن أجل الحفاظ على الاستقرار الاجتماعي، والسيطرة على الأسعار ونظم التوظيف التي استمرت في مرحلة الانتقال من الاقتصاد المخطط إلى اقتصاد السوق.

واتساقاً مع برنامج الإصلاح الاقتصادي واللامركزية المالية، كان على كل المؤسسات الصحية التي تحولت إلى شركات أن تشق طريقها بنفسها للبقاء -بناءً على قاعدة "زيتها في دقيقتها" - وركزت سياسات وزارة الصحة على إجراء محاسبة مالية للمستشفيات؛ لانعاش كفاءتها الاقتصادية كي تخفض من تمويل الحكومة لها، وطبقت سياسات جديدة وُضعت موضع التنفيذ تدريجياً لدفع حوافز تعُدّل من سلوك مقدمي الخدمة. سمحت هذه السياسات بإدخال ممارسات القطاع الخاص الطبي (١٩٨٠). اعتمد تسعير الخدمات على التكلفة الحقيقية منذ عام ١٩٨٥، كما بدأ تنفيذ نظم التعاقد على الخدمات والسماح بالأنشطة التجارية الموازية لتعويض نقص تمويل الموازنة العامة (١٩٨٩)<sup>(٣)</sup>. وفي ظل اتجاهات هذه السياسات استمرت مقاربة استرداد التكاليف، وربح عوائد من وراء تقديم الخدمات، باعتبار أن ذلك استراتيجية رئيسية تعتمد عليها المستشفيات<sup>(٤)</sup>. واستجاب مقدمو الخدمة على ذلك بتحصيل حوافز مادية من خلال أسلوب رسم مقابل الخدمة وأسلوب -الدفع مقابل الخدمة- عبر تقديم خدمات غير ضرورية لتعظيم أرباحهم الشخصية وأرباح مؤسساتهم. وقد دعم مقدمو الخدمة أجنحة الاستدامة بزيادة رسوم استخدام الخدمات، وفضلوا الأدوية الأغلى ثمناً والتكنولوجيا الأحدث.

(3) H. Zhao, Governing the Health Care Market: Regulatory Challenges and Options in the Transitional China. (PhD thesis, La Trobe University, School of Public Health), (2005), p. 27.

(4) Ibid. p. 25

أدى هذا الخلل في تمويل النظام الصحي إجمالاً إلى وجود منافسة ضارة بين المؤسسات الصحية، فشعار "هوية قطاع عام وسلوك قطاع خاص" يشجع تعظيم الفوائد والتخلي عن المعايير الأخلاقية التقليدية<sup>(٥)</sup>، وتحفيز رفع الطلب على الخدمات غير الضرورية (induced demand)، مما أدى إلى أن جودة الخدمات الطبية أصبحت محلاً للتساؤل في ظل القدرات والكفاءة المحدودة لقوة العمل الطبية، ومنافسة أسواق الرعاية الصحية التي تؤدي إلى زيادة الإهدار في موارد القطاع المدني للعالم الثالث. يمكننا رؤية تدهور النفقات الحكومية في الجدول رقم ٢.

جدول رقم ٢: الإنفاق الحكومي في المناطق الحضرية والريفية (مليون يوان)<sup>(٦)</sup>

السنة	١٩٧٨	١٩٩٣
نفقات تشغيل المستشفيات الحضرية	١,٧٩٤	٤,١٨٣
الدعم المالي لنظام التعاونيات الطبية الريفية (CMS)	٨٩	٢٧

أدت الضغوط التنافسية إلى تصاعد تكلفة الخدمات وتدهور الأنشطة التنظيمية، وفي ظل غياب سياسات التسعير ارتفع سعر الدواء بنسبة ٨٥٪<sup>(٧)</sup>. بدأت برامج اعتماد الجودة للمستشفيات في عام ١٩٨٩. شملت البرامج تطوير أنشطة بناء الوحدات الصحية<sup>(٨)</sup> وتسجيل تقارير عدم رضا المستهلكين بسبب تخفيض المزايا التي كانت ممولة حكومياً في السابق، وبسبب نظم التأمين الصحي والوضع المتدني للأطباء، وسوء جودة الخدمة في المستشفيات والعيادات<sup>(٩)</sup>. أصبحت قضية العنف ظاهرة متزايدة في مرافق الرعاية الصحية مع تصاعد شكاوى المشاجرات بين الأطباء والمرضى،

(5) Ibid. page 37.

(6) financing Health Care: Issues and Options for China. Washington DC: The International Bank for, Worls Bank Reconstruction and Development/ the Whrld Bank, 1997.

(7) D. Yu, Changes in health care financing and health status: the case of China in the 1980s. Beijing, Paper in circulation (1992).

(8) L. Pei, Hospital management in a time of change: the need for management training and policy reform in three teaching hospitals in Yunnan (PhD thesis), 1998.

(9) Supra note 3, p. 30

التي سجلتها روابط المستهلكين في الصين ، بزيادة وصلت إلى عشرة أضعاف خلال التسعينيات<sup>(١٠)</sup>. كشف تقرير زيانج وآخرون أن ٦٥٪ من طواقم المستشفيات في منطقتين حضريتين قد تعرضوا إلى صور من العنف البدني والنفسي بسبب عدم رضا المنتفعين عن معايير تقديم الخدمة<sup>(١١)</sup>.

أدت تغيرات التمويل في التسعينيات إلى أن أغلب المستشفيات الحضرية كانت تحصل على نسبة أقل من ١٠٪ من مواردها من مخصصات الموازنة الحكومية وحوالي ٦٠٪ من مواردها من بيع الدواء<sup>(١٢)</sup>. وبسبب هذا الحافز قُدِّر الخبراء أن حوالي ٣٠-٤٠٪ من استهلاك الدواء كان غير ملائم أو غير ضروري ، وهو ما يساوي تكلفة في العام تصل إلى أكثر من ٣٠ بليون يوان صيني سنوياً<sup>(١٣)</sup>.

كانت نواحي هذه السياسات مدمرة خاصة في مجال القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في المناطق الريفية. زوال الكوميونات الشعبية كجزء من الإصلاح الاقتصادي كان يعني أنه لم يعد هناك نظام لخدمات الرعاية الصحية الريفية. انهيار نظام التعاونيات الطبية الريفية (CMS) ، وهو نظام تقديم الخدمة الممول والمنظم مجتمعياً الذي قام في الستينيات ، تاركاً خلفه سكان الريف يدفعون من جيوبهم الشخصية مقابل الرعاية الصحية. تفرق الأطباء الحفاة في الآفاق أو تحولوا إلى أعمال أخرى ، وهؤلاء الذين مكثوا في أماكنهم أصبحوا أطباء قطاع خاص في قراهم. تفتت هذا النظام ثلاثي الأضلاع ، واختفت أنشطة الإشراف الإكلينيكي ، وسادت المنافسة العلاقة بين المؤسسات الصحية على مستوى المناطق الإدارية والمراكز الصحية في

---

(10) P. Zheng, T. Faunce, et al., "Public hospitals in China: privatisation, the demise of universal health care and the rise of patient-doctor violence." *Journal of Law & Medicine* (2006) 4, p. 465-70.

(11) Ibid.

(12) D. Dai, "A review of the health care reform (wei sheng gai ge hui gu)". *Chinese health Economics* 26-28 :2 (1993)

(13) Daily Xinhua News Agency, *The waste of health resources is serious (wei sheng zi yuan lang fei yan zhong)*. (People's Daily Beijing) 1996.

البلدات وتوابعها السكنية. وتدهورت أحوال فقراء الريف بشكل متزايد بسبب التكلفة التي وقعت على كاهلهم نتيجة الأمراض الشديدة<sup>(14)</sup>. أصبح نقص الموارد والحوافز المنحرفة والآليات المرتبطة للوظائف الإدارية هي القضايا المحورية في ميدان التنمية الصحية الريفية.<sup>(15)</sup>

وبحلول عام ١٩٩٣، بات عدم الإنصاف بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية ملحوظاً<sup>(16)</sup>. على سبيل المثال، كان متوسط الإنفاق الصحي للفرد - العام والخاص - ١١٠ يوانات صينية في العام، ولكن متوسط الإنفاق في المناطق الريفية كان ٦٠ يوانا للفرد مقارنة بمتوسط ٢٣٥ يوانا للمناطق الحضرية. أكثر من ذلك، كانت حصة الإنفاق الصحي من التمويل العام أقل في المناطق الريفية من المناطق الحضرية. متوسط الإنفاق الصحي للفرد في المناطق المحددة رسمياً بأنها مناطق فقيرة - ٢٨٪ من كل المناطق الإدارية الصينية - كان أقل من نصف المتوسط القومي، ولكن ٨٠٪ من هذا الإنفاق (ضعف المتوسط القومي مرتين) كان إنفاقاً من الجيب الشخصي. تنامي عدد المنشآت الصحية بينما انحسرت خدمات الرعاية الصحية الأولية. بين عامي ١٩٧٩، ١٩٩٣، انخفضت نسبة القرى بمنشآت صحية من ٧١٪ إلى ٥٥٪. بينما ارتفع عدد المستشفيات من مستوى الرعاية الطبية الثالث في المناطق الحضرية من ٩٤٧٨ مستشفى في ١٩٨٠ إلى ١٤٧٧١ مستشفى في ١٩٩٥.

ازدادت الفروق بين الريف والحضر بشكل أكثر وضوحاً خاصة في مجال القوى العاملة الصحية؛ حيث كانت فرق الرعاية الصحية الريفية هي الأقل تدريجياً. تركزت العمالة المتخصصة في المراكز الحضرية بزيادة تصل إلى ٢٣٤٪ في الفترة بين عامي

---

(14) E. van Doorslaer, O. O'Donnell, et al., Paying out-of-pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact - EQUITAP Working Paper #2. Rotterdam, Erasmus University (2005).

(15) C. J. Liu, Closing the Gap Between Policy and Reality: A study of community health services in Chengdu and Panzhuhua (PhD thesis) (2003).

(16) Social Science Medicine Y. Liu, W. C. Hsiao, et al., "Equity in health and health care: the Chinese experience." 10, (1999) p. 1349 & 1356.

١٩٨٠ و ١٩٩٠ ، و بزيادة أخرى تصل إلى ١١٢ ٪ من عام ١٩٩٠ إلى ١٩٩٥<sup>(١٧)</sup>. وفي ظل استرخاء الدولة في توزيع العمالة وبينما تتدنى الدخول وتقوم المؤسسات بنفسها في تدبير مواردها ، أصبح العاملون يفضلون العمل في الأماكن التي تدفع رواتب أعلى في المستشفيات الحضرية<sup>(١٨)</sup>.

ازداد نمو القطاع الخاص في الرعاية الصحية الذي كان يقدم أسعارا تنافسية وخدمات متميزة بالمناطق الأغنى . ورغم زيادة عدد سكان المناطق الحضرية كنسبة من إجمالي السكان ، بسبب التغير في الترتيبات المالية ، مثل نظم التأمينات الحكومية (GIS) ونظم تأمينات العمل (LIS) ، فإن بيانات المسح السكاني بين عامي ١٩٩٣ و ١٩٨٨ تشير إلى انخفاض التأمين الطبي في المناطق الحضرية من ٥٤ ٪ إلى ٣٩ ٪<sup>(١٩)</sup> وحسب تقديرات البنك الدولي في عام ١٩٨١ ، لم يكن ٢٩ ٪ من سكان الصين مؤمنا عليهم .

تنعكس عدم المساواة بين الريف والحضر وعدم المساواة في القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في تأخر الحالة الصحية ورغم تدخلات التنمية الاقتصادية في تحسين معدلات وفيات السكان فإن الفجوة بين سكان الحضر والريف قد اتسعت . تفاقت الفروق بسبب النوع في القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية<sup>(٢٠)</sup> - خاصة النساء في الريف ، وكذا في معدلات القدرة على الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية<sup>(٢١)</sup> . كان "المهاجرون" من الريف إلى الحضر أكثر حرمانا من مزايا الرعاية

---

(17) Ibid

(18) G. Bloom, and X. Gu, "Health sector reform: Lessons from China." Social Science & Medicine p 351-360.

(19) J. Gao, and S. Tang, "Health insurance and hospitalisation in urban China: bending to the wind of change." World Hospitals and Health Services (2000) 3, p. 23-26,36,38

(20) J. Gao, J. Qian, et al., "Health equity in transition from planned to market economy in China". Health Policy and Planning (2002) S1, p. 20

(21) L. Chen, and H. Standing, «Gender equity in transitional China's health care policy Feminist Economic, p. 189 reforms.»

الصحية المقدمة في الحضر لعدم استحقاقهم لها. وكشفت دراسة أجريت في شنغهاي عن معدلات وفيات أعلى للأمهات والحوامل من المهاجرات بسبب محدودية ما يتلونه من رعاية ما قبل الولادة<sup>(22)</sup>.

وفيما يتعلق بالبرامج الرأسية في مجال الصحة العامة، أشارت التقارير إلى وجود نتائج سلبية لصحة الأم والطفل، وتناقص في مظلة التغطية بالتطعيمات، وعودة الدرن والبلهارسيا إلى الريف.

وعاود التهديد بانتشار الإيدز والأمراض المستجدة مثل الأمراض المنقولة جنسياً الظهور في التسعينيات<sup>(23)</sup>. وكان فقراء الريف هم الأكثر عرضة للإصابة بهذه الأمراض، خلال فترة الانتقال لنظام السوق بسبب تدهور خدمات الصحة العامة. تفاقمت الفروق بين الريف والحضر في القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية بسبب تدني القدرة على الدفع مقابل الخدمات الوقائية الأساسية وكانت النساء نسبياً هن الأكثر تأثراً بسبب عدم قدرتهن على الدفع مقابل الخدمة<sup>(24)</sup>.

ظهرت في عام ٢٠٠٣ أزمة حول انتشار السارس، ويمكن تتبع جذور هذه الأزمة من خلال تتبع سوء توظيف النظام الصحي المعتمد على قواعد السوق دون تنظيم أو حوكمة رشيدة. اختفت وظائف الصحة العامة مثل نظم الرقابة الصحية والتثقيف الصحي عندما أصبحت مؤسسات الصحة العامة تعتمد على الكسب بنفسها لتنفق، وعندما نفذت مواردها توقفت عن كتابة التقارير الخاصة بحدوث وتطور الأمراض. وعندما أصبح على عامة الناس أن يدفعوا من جيوبهم للحصول على الرعاية الصحية أجلوا طلب الرعاية الوقائية ولم تعد على أجندتهم أو ليس لها أهمية بالنسبة لهم. إضافة

---

(22) S. Zhan, Z. Sun, et al., "Economic transition and maternal health care for internal migrants in Shanghai, China". Health Policy and Planning (2002) S1, p. 47.

(23) L. M. Lee, V. Lin, et al., Public Health in China: history and contemporary challenges. Global Public Health: a new era. R. Beaglehole. (Melbourne: Oxford University Press, 2003).

(24) Ministry of Health (MOH), China national health Survey - the Third NHS Analysis Report. (Beijing: China Union Medical University publisher, 2004), p. 314.

إلى أن تسجيل المهاجرين الريفين إلى الحضر لم يكن مسموحاً لهم ، كأرباب أسر بما يكفل لهم الحصول على استحقاقات الرعاية الصحية . في النهاية تمت السيطرة الناجحة على السارس بسبب المقاربة الجادة السياسية والثقافية الخاصة ، وبسبب الحملات التي نشطت عقب الإصلاح الاقتصادي . قامت النجاحات بناء على البنية المركزية القائمة من أعلى إلى أسفل والمعتمدة على استراتيجية فنية شاملة<sup>(25)</sup> .

حدثت تغيرات في الأخلاقيات الطبية بسبب الانتقال الأكثر وضوحاً في السياسات الصحية إلى الأسوأ ، جمع ما بين تدنٍ في أجور الأطباء ، وتحفيزهم لتحقيق الأرباح من المستشفيات بالاستخدام المفرط للأدوية مرتفعة الثمن وإجراءات التشخيص غير الضرورية ، التي أدت إلى ابتعاد الأطباء عن قيمهم الاجتماعية السابقة في خدمة الناس والتحول إلى الكسب من ورائهم . أطلق الإصلاح الاقتصادي تيار الخلل وعدم ملائمة الممارسة الاجتماعية ، وبرزت قيم جديدة مخالفة للقيم التقليدية السابقة<sup>(26)</sup> <sup>(27)</sup> <sup>(28)</sup> .

#### تدابير السياسة الجديدة - مع فشل تشريعات تنظيم مقدمي الخدمة

استدعت الأزمات المتنامية داخل النظام الصحي الدورة الثانية من الإصلاح الصحي التي بدأت منذ عام ١٩٩٦ ، عندما عقد مجلس الدولة المؤتمر الوطني الثاني للصحة لمناقشة القضايا البارزة في قطاع الصحة . كانت الأهداف الأساسية للدورة الثانية من الإصلاح الصحي كالتالي<sup>(29)</sup> :

---

(25) C. Liu, "The battle against SARS: a Chinese story." Australian Health Review (2003) 3, p. 3-13.

(26) P.-K. Ip, "Developing Medical Ethics in China's Reform Era." Developing World Bioethics (2005) 5(2).

(27) L. Chen and H. Standing, "Gender equity in transitional China's health care policy reforms." Feminist Economics (2007) 3/4, p. 189..

(28) R. Fan, "Corrupt Practices in Chinese Medical Care: The Root in Public Policies and a Call for Confucian-Market Approach." Kennedy Institute of Ethics Journal (2007) 2, 111.

(29) H. Zhao, supra note 3, p. 33.



- تدعيم ديناميكية المؤسسات الصحية العامة من خلال إصلاح نظم الإدارة والخدمات
  - رؤية هدف الرعاية الصحية من خلال الرضاء العام عنها وعن طريق تنفيذ الحكومة لسياسات خاصة بالرفاه والتنمية الصحية في انساق مع الاقتصاد الوطني والتنمية الاجتماعية
  - إصلاح مؤسسي يسعى إلى إحداث توازن بين المزايا الاقتصادية والاجتماعية - بكلمات أخرى بوضع المزايا الاجتماعية أولاً؛ لمنع الحصول المنفرد على المزايا الاقتصادية
  - بحلول عام ٢٠١٠ يجب أن يتسق النظام الصحي مع نظام السوق الاشتراكي.
- شدت الأهداف السياسية لوزارة الصحة في الخطة الخمسية (٢٠٠١-٢٠٠٥) لتعكس المناخ الجديد للإصلاح الصحي على تدعيم الصحة الريفية، عبر توفير الخدمات الأساسية والتنمية الجديدة (CMS) والإمداد بخدماتها، والإصلاح القطاعي الصحي (الذي يشمل خطط المناطق الصحية وإدارة المستشفيات ومسئولية الأدوية وإدارتها وتنمية صحة المجتمعات ومقاومة الأمراض الناشئة؛ بما يشمل الإيدز والسارس والدرن والأمراض غير السارية.
- ومن خلال التخطيط المناطقي للصحة أعيد النظر في عدم التوازن بين الرعاية الأولية والثالثية، وبين الريف والحضر وما بين الوقاية والعلاج في ظل إرشادات السياسة الصحية الوطنية. وقد طُلب من المحافظات (المناطق) تطوير معايير التخطيط، ومن المدن تطوير وتنفيذ خطط تمويل غير مركزية، ولكن في غياب منح السلطات أو التفويض بها افتقدت مجالس الصحة في المدينة الإطار التشريعي لتنظيم سوق الرعاية الصحية مما جعل هذه السياسات ليست أكثر من نيات حسنة غير قابلة للتنفيذ<sup>(30)</sup>.

(30) H. Yang, V. Lin, et al., Regional Health Planning. Health Policy In Transition: The Challenges for China. (Beijing: Peking University Press (forthcoming), 2008).

أعلنت الحكومة سياسة تصنيف المستشفيات عام ٢٠٠٠، التي تعالج رسمياً قضية السلوك الهادف للربح في المستشفيات ذات "الهوية العامة". صنفت السياسة المستشفيات إلى منظمات هادفة وغير هادفة للربح، بغرض تحديد الوضع الضريبي للمستشفيات التي كانت تتبع الحكومة سابقاً، والتي أصبحت - في الحال - مؤسسات مدارة ذاتياً من الناحية المالية، كجزء من برنامج اللامركزية المالية الذي تأسس في منتصف الثمانينيات. كان المأمول أن سياسة تصنيف المستشفيات سوف توضح التوجه نحو الربح، وتعيد توجيه "سلوك القطاع الخاص". لسوء الحظ، لم تصاحب السياسة بتنفيذ فعال وهكذا بتدابير تنظم سلوك مقدم الخدمة. استمرت المستشفيات في التشغيل طبقاً للممارسات الإدارية السالفة بينما تتصرف مثل وكيل قطاع خاص في سوق للرعاية الصحية غير ناضج وبلا ضوابط. سوف يستمر نمط "هوية القطاع العام وسلوك القطاع الخاص" للممارسة الطبية دون وجود أعراف مهنية مقبولة اجتماعياً للخدمات العامة<sup>(31)</sup>.

وبينما ظلت المستشفيات تكسب إيراداتها من هامش الربح المضاف على تكلفة الأدوية من أجل تعويض خسارة الدعم المالي الحكومي لها، جاءت سياسة إصلاح إدارة الدواء المقررة في عام ٢٠٠٠ لتقيم فصلاً بين وصف الدواء وصرفه وقطع الصلة بين حوافز الأطباء لوصف أدوية أغلى ثمناً؛ بهدف زيادة ما يكسبونه. ومع ذلك، ارتقت صناعة الدواء في الصين في اتجاه عمليات تشغيل موجهة للسوق في وقت مبكر عن توجه المستشفيات نحو السوق، وتشكلت المشروعات المشتركة مع شركات الدواء متعددة الجنسيات الضخمة وقد مزقت سلسلة التوزيع الحكومية التقليدية للإمداد بالأدوية. امتلأت صيدليات المستشفيات بالأدوية المستوردة المدعومة بالتخطيط التجاري الاستراتيجي والدعاية والإعلان. وبغياب التعويضات الحكومية بالدعم المالي المتزايد للميزانيات والإشراف النظامي استمرت المستشفيات في وصف

---

(31) H. Yang, V. Lin, et al., Regional Health Planning. Health Policy In Transition: The Challenges for China. (Beijing: Peking University Press (forthcoming), 2008).

أدوية غالية الثمن من أجل تغطية تكلفة عمليات التشغيل الروتينية<sup>(32)</sup> .

أطلقت الخدمات الصحية المجتمعية في مقارنة جديدة لإعادة بناء الرعاية الأولية وخدمات الوقاية في المجتمعات الحضرية. وفي نفس الاتجاه، ومثل المبادرات الأخرى كانت هناك سياسة لتحسين الإنصاف بزيادة القدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الأساسية ولكن الشروط الجوهرية والمنهجية الضرورية لتنفيذ هذه السياسة لم تكن قائمة. أعاق تطور خدمات الصحة المجتمعية، كما كان مُخطّطاً لها نقص الأطباء المؤهلين للممارسة -الذين هم محل ثقة المستهلكين- على مستوى المجتمعات، والحاجة إلى مؤسسات بحجم صغير لتجميع الموارد مع الزيادة غير المنظمة نسبياً للقطاع الخاص<sup>(33)</sup>.

إبان الدورة الثانية للإصلاح الصحي، كان هناك اعتراف خطابي بأهمية رؤية الدولة واتجاهات السياسة، ولكن النظام الإداري الصحي ظل كما هو دون تغيير ويعاني من التفتت عبر الوزارات المختلفة، ويعاني كذلك من الصراعات التنظيمية التي ثبت أنها عائق أمام توحيد المنظومة. وعلى سبيل المثال، كانت إدارة نظام التعاونيات الطبية الريفي في مجال نظام الحماية الصحية، يقع تحت إشراف وزارة الصحة، أما برنامج التأمين الطبي الأساسي في الحضر فقد كان يقع تحت مظلة تشريعات وزارة العمل والأمن الاجتماعي، وتقع الإغاثة الطبية تحت ولاية وزارة الشؤون المدنية. بمعايير نظام تقديم الخدمة الصحية، برهنت الحدود الصارمة التي تفصل ما بين نظام صحة الريف ونظام الرعاية الصحية المجتمعية في الحضر، مدعومة بالترتيبات المالية والإدارة اللامركزية، على أنها مثلت مانعا للقدرة على الوصول إلى الخدمات أمام السكان الذين زادت الآن حركة تنقلهم جغرافياً. ظل هيكل هذه الكيانات الحاكمة

---

(32) Ibid

(33) H. Zhao, H. Yang, et al., Impact of Hospital regulation policies Health Policy In Transition: the Challenges for China. (Beijing: Peking University Press (forthcoming), 2008).

(34) G. Liu, D. Legge, et al., Community Health Services. Health Policy in Transition: The Challenges for China. (Beijing: Peking University Press (forthcoming) (2008).

وكذلك نظام تقديم خدمات الرعاية الصحية هو نفسه النظام الموروث من الإصلاح المؤسسي الحكومي في ١٩٩٨، ومن غير المرجح إصلاحه مرة أخرى خلال فترة وجيزة من الزمن.

شهدت ملكية المستشفيات في التسعينيات عمليات خصخصة مستترة عند السماح للأقسام الإكلينيكية بالتعاقد الخارجي، وبالتوازي مع ذلك؛ خصصت الحكومات المحلية المستشفيات القروية رسمياً من أجل التخفيف من العبء المالي لدعم الخدمات الصحية الذي نتج عن لامركزية الإدارة<sup>(٣٥)</sup>. تسببت تلك التغيرات في توسيع التفاوت في القدرة على الوصول إلى الخدمات وقوضت جودة الخدمة. حتى الأطباء الصينيون لم يرضوا عن أنفسهم، ولا عن نظام الرعاية الصيني، ولا عن حياتهم المهنية<sup>(٣٦)</sup>. كتب الأطباء تقارير عن همومهم في مسألة الجودة والأمان، خصوصاً في نمو القطاع الخاص بلا ضوابط جيدة. شهد عقد من الإصلاح منذ ١٩٩٦ كثيراً من النقد أكثر من النجاحات. أعلن تقرير مركز أبحاث التنمية التابع لمجلس الدولة في ٢٠٠٥ بشكل فعال أن إصلاحات الثمانينيات والتسعينيات كانت فشلاً. نتيجة لذلك، برز موضوع التمويل الصحي في مرتبة عالية من أولويات الحكومة في ٢٠٠٦. ويعود ذلك إلى أن التحليل قد أظهر أن الحكومة قد استمرت بشكل ثابت في تخفيض دورها المالي في القطاع الصحي خلال العقد الماضي (انظر جدول ٣). فمع اللامركزية المالية منذ أوائل الثمانينيات، انخفض الإنفاق الحكومي على الصحة بشكل ثابت من ٣٧٪ عام ١٩٨١ إلى ١٨٪ في ٢٠٠٦، بينما زادت النفقات الصحية الخاصة بشكل ثابت من ٢٤٪ في ١٩٨١ إلى ٤٩٪ في ٢٠٠٦.

ومع التسليم بأن النظم الصحية المدارة والمدعومة بواسطة الدولة تنتج حوافز سلبية، وترفع من نفقات الجيب الشخصي عالياً، قدم القطاع الخاص الناشئ وسيلة أرخص وهكذا وسيلة أيسر للوصول إلى الرعاية الصحية. يلعب القطاع الخاص دوراً متزايداً في خدمات العيادات الخارجية على سبيل المثال، رغم أن هذه الخدمات

---

(35) W. Tam, Privatising Health in China: Adverse consequences and De-Privatisation. Conference on Reasserting the public in Public Service Delivery. National University of Singapore (2007).

(36) M.-K. Lim, H. Yang, et al., "China's evolving health care market: how doctors feel and what they think." Health Policy (2004) 69, p. 329-327.

غير مدرجة في أي مزايا تأمين اجتماعي. والأمر هكذا، يخدم القطاع الخاص أوليا المرضى الذين يدفعون نفقاتهم بأنفسهم؛ ومع ذلك يبدو أن القطاع الخاص يخدم بشكل غير متناسب الفئات الدنيا من الشريحة متوسطة الدخل أكثر من خدمة الفئات ذات الدخل العالية والاعتقاد هو أن ذلك يعود إلى تكلفته المنخفضة نسبياً<sup>(37)</sup>. ورغم أن ذلك حقيقي، الشعور العام بالقطاع الخاص هو أنه ذو جودة إكلينيكية أدنى، حتى رغم وأن كان الاتجاه العام لخدمته ولطاقم العمل به نحو المستهلكين أفضل<sup>(38)</sup>.

جدول رقم ٣: الإنفاق الصحي الكلي في الصين من عام ١٩٨١ إلى ٢٠٠٦ (بالمليون دولار، والأسعار الحالية)<sup>(39)</sup>

السنة	الإنفاق الصحي الكلي	الإنفاق الصحي / رأس المال	الحكومي*	الإنفاق الكلي	مجتمعي*	الإنفاق الكلي	الفرد*	% من الإنفاق الكلي
1981	9391	9.38	3500	37	3662	39	2230	24
1985	9501	8.98	3666	39	3132	33	2703	28
1990	15625	13.67	3915	25	6128	39	5582	36
1995	25807	21.31	4638	18	9194	24	11974	58
2000	55405	43.71	8571	16	14157	26	32677	58
2006	123477	93.94	22314	18	40279	33	60884	49

\* الحكومي يعني الإنفاق الحكومي الكلي على الصحة، والمجتمعي يعني مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي والصور الأخرى منه، والفرد يعني النفقات الصحية الخاصة

أصبح انحسار الثقة في النظام الصحي تحدياً كبيراً، أمام الحكومة في محاولتها استعادة الخدمات الطبية التعاونية في الريف (CMS) على أساس قاعدة مساهمات طوعية متواضعة من الفلاحين. أكثر من ذلك، أدت فترة الانتقال الاقتصادي السريع إلى أفول المستوى المجتمعي للرأس المال الاجتماعي، وهو ما يزيد التأثيرات على استعداد الفلاحين للانضمام<sup>(40)</sup>.

(37) Y. Liu, P. Berman, et al., "Health care in China: the role of non-government providers." Health Policy (2006) 2, p. 212-20.

(38) M. K. Lim, supra note 36.

(39) China National Health Economics Institute, China national Health Accounts Report 2007.

(40) L. Zhang, H. Wang, et al., "Social capital and farmer's willingness-to-join a newly established community-based health insurance in rural China." Health Policy (2006) 76, p. 233-242.

## بعض النجاحات في زيادة القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية

ورغم هذه الخييات، هناك بعض النجاحات أثناء فترة الإصلاح الصحي الثانية، تشير إلى طريق المستقبل. ويتعلق ذلك بشكل رئيسي بالتدابير المتخذة لتقليل الحواجز المالية أمام القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية، خصوصا بالنسبة للفقراء وبالنسبة لسكان الريف.

أُعلنت الخطة الطبية للتعاونيات الريفية الجديدة (NCMS) في عام ٢٠٠٣، بعد سنوات عديدة من التجارب الاسترشادية. وبناء على خطة التعاونيات الطبية القديمة أثناء فترة الاقتصاد المخطط، قبلت الحكومة في النهاية أن التحويلات المالية ما بين قطاعات الحكومة باتت أمرا مطلوباً. معدل المساهمة باليوان الصيني لكل منزل في الخطة التأمينية الجديدة هو أن الحكومة المركزية تساهم بأربعين يواناً، وتساهم الحكومة المحلية بأربعين يواناً أخرى، ويساهم الفلاحون بعشرة إلى عشرين يواناً، حيث تهدف السياسة إلى الوصول للتغطية الكاملة بحلول عام ٢٠١٠. وكون مساهمة الحكومة أكبر من مساهمة أسر المنازل فذلك علامة موجهة للمجتمع المحلي على أن الحكومة تدرك مسئوليتها عن الرعاية الصحية الأولية. ومع ذلك، تبقى القضايا المفتوحة عالقة مثل مصداقية مقدمي المجتمع في عيون المجتمع، وخطة الإدارة السليمة، ومهاجري الريف العاملين في المناطق الحضرية.

بدأت التجربة الاسترشادية لنظام التأمين الطبي الأساسي في الحضر لتغطية موظفي القطاع الرسمي أولياً في عام ١٩٩٤، وتوسعت التجربة في عام ٢٠٠٠. نظام التأمين الطبي لأسر المنازل، الذي يهدف لتغطية أفراد العائلة الصغار وسكان الحضر الذين لا يعملون ولا يغطيهم النظام أولياً، بدأ في ٢٠٠٧ بدعم مالي حكومي؛ يساهم بحوالي ٦٠ يواناً للأسرة المنزلية الواحدة. وقد نبغ هذا النظام من التجارب الاسترشادية

التي اقترحت تحسينات في إنصاف القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية<sup>(41)</sup> التي اقترحت تحسينات في إنصاف القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية<sup>(42)</sup> مرة أخرى ، لم تغط خطة التأمين الحضرية أيضا هذه الفئات من العمالة الريفية المهاجرة التي تعمل في المناطق الحضرية . تأسست شبكة أمان صحي لكل من فقراء الريف وفقراء الحضر . خضع صندوق الإغاثة الطبية بنجاح لتجارب في العديد من المجتمعات المحلية الريفية والحضرية عبر البلاد<sup>(43)</sup> . تجهز حاليا وزارة الشؤون المدنية وثيقة للسياسات لتؤسس رسميا أسلوب إدارة عمليات صندوق إغاثة طبية . الحكومة أيضا ، إضافة إلى تحسين قدرة الوصول إلى الرعاية الصحية ، استجابت إلى أزمة الصحة العامة بتدابير مالية إضافية تتضمن العلاج المجاني لفيروس التهاب الكبد الوبائي والدرن والوصول المجاني لرعاية ما قبل الولادة .

تناولت الحكومة أيضا إصلاح الموارد البشرية ، بالتعاقد مع مديرين بناء على الجدارة والاستحقاق . شهدت بعض المناطق الريفية بعض النجاحات في ذلك<sup>(44)</sup> ، ولكن سؤال كيف يكون ذلك ناجحا ما زال دون إجابة حتى هذه اللحظة . ورغم ذلك ، مع اتخاذ الحكومة للقرار في عام ٢٠٠٢ بتوفير تحويلات مالية ما بين الهيئات الحكومية لنظام تعاونيات الريف الطبية الجديد ، من الممكن أن نرى موقف السياسات على

---

(41) G. Liu, Z. Zhao, et al., "Equity in health care access to: assessing the urban health insurance reform in China." *Social Science & Medicine* (2002) 55, p. 1779-1794.

(42) G. G. Liu and Z. Zhao, "Urban employee health insurance reform and the impact on out-of-pocket payment in China." *The International Journal of Health Planning & Management* (2006) 3, p. 211.

(43) J. S. Akin, W. H. Dow, et al., "Did the distribution of health insurance in China continue to grow less equitable in the nineties? Results from a longitudinal survey." *Social Science & Medicine* (2004) 2, p. 293.

(44) X.-M. Sun, H. Liang, et al., "Survey for the medical financial assistance schemes of the urban poor in Shanghai." *International Journal of Health Planning and Management* (2002) 17, p. 91-112.

(45) Z. Zhang, L. Fang, et al. *The Rural Health Protection System in China. Health Policy in Transition: The Challenges for China.* (Beijing: Peking University Press (forthcoming), 2008).

(46) Y. Liu and G. Bloom, *Rural Health System Reform in Poverty Areas.* (Beijing: Peking University Press (forthcoming)).

أنه شكل من أشكال التراجع عن الخصخصة. بدأت الحكومات المحلية على مستوى المناطق الإدارية الصغيرة في إعادة تأكيد سيطرتها على العيادات والمراكز الصحية بالقرى والبلدات<sup>(47)</sup>. تمول الميزانيات الحكومية بالكامل بعض الخدمات الصحية في الريف الآن. دخلت بعض التشريعات التنظيمية لضمان هامش ربح للأدوية يساوي صفراً.

### التطورات والجدالات الحالية في إصلاح السياسات

انطلقت الجولة الثالثة من الإصلاح باتحاد بين تقرير مركز أبحاث التنمية التابع لمجلس الدولة عام ٢٠٠٧، والنداء العام المجتمعي الداعي لتخفيض العبء الذي يتحمله الأفراد عند سعيهم لتلقي الرعاية الطبية، ووسائل الإعلام التي تقود النقاش العام حول القضايا الصحية، والخبراء الذين يقدمون أدلة الإصلاح الصحي في كل من الصين والخارج. أيضاً أخذ السياق السياسي الجديد بيد الموجهة الثالثة من الإصلاح الصحي يدلها على الطريق، وبعد التغير الحكومي في ٢٠٠٣، والعزم الجديد على الاستثمار في القطاعات الاجتماعية (بالتماشي على نفس خط الدعوة لبناء مجتمع منسجم ومفهوم التنمية العلمية).

ورد بشكل صريح في الخطة الخمسية الحادية عشر (٢٠٠٦-٢٠١٠) مفاهيم مثل التوجه الاجتماعي لاشتراكية السوق "التي تتمحور حول الشعب"، وفكرة "دولة صغيرة ومجتمع كبير"، وهي الخطة التي استهدفت وضع الشعب أولاً؛ وتغيير مفهوم التنمية؛ وتنفيذ "التوازنات الخمس" (أي، التوازنات بين: أوضاع الريف والحضر، والمناطق الجغرافية المختلفة، والقيم الاجتماعية والاقتصادية، والبيئة الطبيعية والصناعية، والتنمية الداخلية والانفتاح فيما وراء حدود الصين). فيما يبدو أنه

---

(47) W. Tam, Privatising Health in China: Adverse consequences and De-Privatisation. Conference on Reasserting the public in Public Service Delivery. National University of Singapore, 2007



في الصين الآن، أصبحت دستورية "مؤسسات السوق"، و"حكم القانون" هما غايتا السياسة الوطنية الرئيسية لمدة نصف القرن القادم<sup>(48)</sup>.

يوجد الآن بالنسبة للحكومة اتفاق من حيث المبدأ بزيادة تمويل الصحة العامة والرعاية الصحية الأولية، ومن المرجح أن الحكومة سوف تتبنى استراتيجيات تمويل كل من جانبي العرض والطلب. في ٢٠٠٨، سوف تنطلق خطة الجولة الثالثة من الإصلاح الصحي بعد المؤتمر الشعبي الوطني في مارس. من المتوقع أن الحكومة سوف تنظم مناقشة مفتوحة عبر الوطن كله قبل الانتهاء من ترتيبات خطة الإصلاح. هدف الإصلاح هو تقديم تغطية بخدمات صحية أساسية شاملة لكل الشعب الصيني بحلول عام ٢٠٢٠. يتضمن ذلك أربعة عناصر:

- تطوير نظام صحة عامة يحافظ على استدامة التمويل الكامل لمؤسسات الصحة العامة حتى تقدم خدماتها دون رسوم على المستخدم.
- تدعيم نظام تقديم الخدمة الصحية في المناطق الريفية والمجتمعات الحضرية وتطوير منشآت لخدمات صحية أساسية ملائمة تستطيع تقديمها بتكلفة منخفضة.
- إصلاح إدارة المستشفيات ونظم تشغيلها وضمان أن المستشفيات العامة تعمل لمصلحة الخير العام، أي حظر الطلب الذي يخلقه جانب العرض من أجل التربح.
- تطوير نظام حماية صحية، يتكون بشكل أساسي من ثلاث خطط تأمينية، تأمين طبي أساسي (BMI) للمستخدمين في الحضر بمن فيهم موظفو الخدمة المدنية، وتأمين طبي للمناطق السكنية الحضرية للفئات السكانية الحضرية غير المنظمة، ونظام التعاونيات الطبية الجديد في الريف للمزارعين. إضافة إلى ذلك تطوير نظام إغاثة طبية بواسطة وزارة الشؤون المدنية لفئات السكان محدودة الدخل.

---

(48) M. Wang, "The phase change: development trend and policy orientation of the Chinese economy (zhong guo jing ji de jian duan bian hua, fa zhan qu si he zhen che fang xiang)." China Development Review (2002) 1, p. 1-18.

تتركز هذه الأجندة السياسية على التمويل الصحي مع الاعتراف بأن تدخل الدولة مطلوب لتصحيح فشل الأسواق . إلا أنه من المنظور المالي ، لا زالت هناك عناصر يبدو أنها تحتاج لمزيد من التفكير . تأسس نظام التعاونيات الطبية الجديد والتأمين الطبي الأساسي على قواعد إعادة توزيع محدودة عبر فئات السكان ، والتغطية موجهة أولاً للأمراض الكارثية التي تتطلب دخولاً بالمستشفى والإقامة بها . من وجهة نظر الإنصاف والتضامن الاجتماعي ، هناك سؤال حول المدى الذي يقطعه الدعم المالي لكل أشكال الرعاية الصحية للفقراء والفئات الضعيفة من السكان .

ورغم قرارات السياسة العامة من حيث المبدأ بالنسبة للحكومة لتمويل الصحة العامة والرعاية الأولية ، هناك قليل من النقاش حول كيف تضمن الكفاءة والفعالية والإنصاف في النظام الصحي من خلال وظائف الشراء ، سواء بواسطة الدولة أو بواسطة أي مشتر آخر (مثل التأمين الصحي أو صناديق الإغاثة الطبية) . دون استخدام واع ومخطط للروافع التمويلية سوف يصبح من الصعب بالنسبة للحكومة تحقيق أهداف السياسات على مستوى النظام ككل المتعلقة بالاستخدام الكفء للموارد المحدودة والمتعلقة بالتوزيع المنصف للمنافع .

وهكذا ، ربما يتعرض نجاح هذه الإصلاحات للمخاطر إذا ما كان التركيز محصوراً في التمويل الصحي فقط . إلى اليوم ، لا نعطي سوى أهمية محدودة للروابط المطلوبة عبر جانب الطلب وتدابير جانب العرض ، وحول قضايا الحوكمة . ما زالت الحكومة تستكشف المقاربات الفنية للتمويل إما من خلال جانب العرض أو جانب الطلب ، ولكنها تحتاج إلى التفكير في كيفية ضمان الجودة والقدرة المنصفة على الوصول إلى الرعاية الصحية ، وتحسين النتائج الصحية ، وكيف يمكن دمج كل ذلك في خدمات الشراء الحكومية . بل إن مقارنة الشراء يجب أن تصاحبها علاقة تباعد بمسافة ما بين الحكومة ومقدمي الخدمة ، مع ترتيبات حاكمة مستقلة للمستشفيات والخدمات الصحية الأخرى . يظل إطار عمل تشريعي عفي وشامل غائبا عن الصورة بالنسبة للنظام الصحي . للصين قانون صحي شامل في حد ذاته؛ إلا أن هناك قدراً تاماً من عدة قوانين لأقسام في قطاعات معينة مثل قانون صحة الأم والطفل ، وقانون الغذاء والدواء ،

وقانون الطبيب . تحتاج هذه القوانين إلى أن تدخل في ضفيرة واحدة لمعالجة كل جوانب حاكمية وأداء النظام الصحي . ربما يمثل قانون الرعاية الصحية الأولية محل التداول الآن فرصة لتأسيس إطار عمل تشريعي تنظيمي للصحة مهما ظل الجدل يتركز حول مستويات تمويل الصحة . غياب ترتيبات تشريع تنظيمي فعالة ، سواء بواسطة الحكومة أو من خلال مؤسسات اجتماعية أخرى ، خصوصا لسلوك الأطباء ، يمثل فجوة كبيرة أخرى في السياسات . الانتقال من نظام يقوم على أساس الحكم الإداري إلى نظام يقوم على أساس حكم السوق لم يكن سهلا قط . تفتقد الصين أدوات تشريع تنظيمي ونظم مراقبة ومتابعة للتشريع .

بوجود آليات تشريعية تنظيمية أو بدونها ، من الضروري إعطاء مزيد من الانتباه لتشكيل الأخلاقيات والقيم في التعليم الطبي وطواقم العمل الصحية بشكل أكثر عمومية . غير الإصلاح الاقتصادي الموجه نحو السوق بشكل جوهري من قيمة المجتمع ، بما فيها قيمة قوة العمل الصحية . التحدي الكبير أمام الإصلاح الناجح هو إعادة الحيوية لمهنة الطب ، وإعادة زرع الثقة في نظام الرعاية الصحية ، وضخ شكل جديد من الأخلاقيات الطبية التي سوف تتشكل في اقتصاد السوق إلى جانب البناء على الأعراف الاجتماعية التقليدية . من الممكن دعم القيم الكونفشيوسية التقليدية الداعية للخير والإحسان بمكافآت وافية ومحظورات ملائمة ضد البحث عن التبرع<sup>(49)</sup> . الانسجام والتنمية الموجهة للفرد هي منظور فلسفي جديد يمثل قواعد الارتكاز للسياسات الحكومية الحالية . بالنسبة لقوة العمل الصحية ، يجب أن يُصاحب التمويل الحكومي المتزايد والتعديلات في هيكل حوافز الأطباء بقانون للسلوكيات المهنية .

يتطلب الانتقال إلى نظام اقتصاد السوق أيضا إعادة ترتيب للعلاقة بين الدولة والمجتمع المدني ، ومن ضمنها عملية صنع السياسات . لكنه حتى الآن ما زال تطور صوت المجتمع المدني وتمثيله محدودا . سوف يكون ضروريا استقبال آراء المواطنين والإجابة عنها من أجل استعادة الثقة في نظام الرعاية الصحية ومن أجل مشروعية

---

(49) R. Fan, "Corrupt Practices in Chinese Medical Care: The Root in Public Policies and a Call for Confucian-Market Approach." Kennedy Institute of Ethics Journal (2007) 2, p. 111.

السياسة الصحية الحكومية. وقد يعني هذا تغييرا اجتماعيا عميقا ينتج في النهاية منافع في مجال التحسين والإنصاف الصحي.

إلى أين تاليا؟

انطلقت التنمية الصحية في الصين منذ تأسيسها في عام ١٩٤٩ في ثلاث موجات من الإصلاح الصحي، في بدايات الثمانينيات وفي ١٩٩٦ وفي ٢٠٠٨. باختصار:

أثناء فترة الاقتصاد المخطط بين ١٩٤٩ و ١٩٧٩، قامت التنمية الصحية في الصين على تطوير منشآت خدمات صحية أساسية وموارد بشرية ونظام للتأمين الصحي يقوم على العمالة. كان التشديد على الإنصاف والتوافر والقدرة على الوصول كمستهدفات أولية للتنمية في القطاع الصحي. كانت الثورة الصحية الأولى ناجحة في الصين من خلال تقديم الرعاية الصحية الأولية ومكافحة الأمراض المعدية (السارية).

استهدفت الموجة الأولى من الإصلاح الصحي في ١٩٨٠-١٩٩٥ تشجيع كفاءة مقدم الرعاية الصحية من خلال استراتيجيات استرداد النفقات وتدابير أخرى تتوجه نحو السوق من أجل تخفيض التمويل الحكومي. كانت النتائج ارتفاع التكلفة، وانخفاض جودة الرعاية إلى جانب ازدياد الفروق بين الريف والحضر في توزيع موارد الرعاية الصحية واستخدام الخدمات الصحية. بمنتصف التسعينيات واجهت الصين عددا من التحديات الصحية مصحوبة بزيادة نسبة كبار السن والتحول الوبائي في الأمراض، خصوصا ما يتعلق بالإنصاف الصحي.

استهدفت الموجة الثانية من الإصلاح الصحي بين عامي ١٩٩٦-٢٠٠٧ استمرار الإصلاح المتوجه نحو السوق ولكن من أعلى إلى أسفل. فشل هذه الموجة يرتبط بنظم الإدارة الصحية المقتتة بشكل بيروقراطي وعدم كفاية التمويل الحكومي للخدمات (البضائع) العامة الجوهرية، مما أدى إلى زيادة انعدام الثقة في نظام الرعاية الصحية.

بدأت الجولة الثالثة من الإصلاح الصحي في ٢٠٠٨ وشددت على الدور التمويلي للحكومة. قد يكون الإصلاح الصحي الحالي علامة فارقة بالنسبة للصحة في الصين

بسبب مناقشاته الفنية الجادة والدعم المالي الذي تقدمه الحكومة وبسبب الالتزام السياسي من القيادة العليا.

حدثت مشاكل القطاع الصحي الصيني ، لأن دوافع الإصلاحات الأولية كانت نابعة من الضروريات الاقتصادية الكلية ، أكثر من كونها نابعة من اعتبارات السياسة الصحية . وقد أدت هذه الإصلاحات الاقتصادية ليس فقط إلى مشاكل في القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية ، والتكلفة والجودة ، ولكنها أدت أيضا إلى خسارة الثقة في القطاع الصحي . تغلب الاهتمام والحاجة إلى توليد إيرادات على التوجه الأخلاقي التقليدي . الأطر التشريعية التنظيمية المحدودة والمصحوبة بمسؤولين منخفضي المؤهلات ومنخفضي الأجور ، نتج عن هذا الوضع سوق بلا ضوابط حقيقية للرعاية الصحية .

تستهدف الإصلاحات الحالية إزالة الموانع المالية أمام القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية ، مع انتباه خاص للفقراء . التحويلات المالية بين الهيئات الحكومية هي خطوة ضرورية من أجل تنفيذ إطار عمل سياسي مشترك في اقتصاد السوق . ومع ذلك يأتي التمويل الحكومي كاستجابة ناقصة . يتطلب استعادة مصداقية وشرعية النظام الصحي تدابير من الحكومة تعالج شئون الإنصاف . يتطلب إعادة تأسيس الثقة على مستوى اللقاء الإكلينيكي بين الطبيب ومريضه مقارنة تنمية لوائح تنظيمية غير رسمية ، تُنفذ من خلال المؤسسات الاجتماعية التي لم تنشأ بعد .

من أجل التركيز على أبعاد الإنصاف في السياسات الصحية الحالية ، يجب تكيف المعايير القياسية للنزاهة<sup>(50)</sup> بشكل مفيد لأنماط الإصلاح في الصين . تزودنا المعايير الواردة في الجدول (٤) بإطار عمل نافع لضمان تبني مجموعة متوازنة من التدابير السياسية ، بدلا من التركيز بشكل أحادي على التمويل . توفير بيانات المتابعة والرقابة للمجتمع سوف يحفز المواطن على المشاركة ويعمل على استعادة ثقته .

---

(50) N. Daniels, W. Flores, et al., "An evidence-based approach to benchmarking the fairness of health sector reform in developing countries." Bull World Health Org. (2005) 7, p. 7-14.

الجدول رقم ٤ : المعايير القياسية للنزاهة(\*)

مستهدفات النزاهة	المعيار الذي نقيس عليه
الإنصاف	صحة عامة عبر التنسيق ما بين القطاعات الموانع المالية للقدرة المنصفة على الوصول للرعاية الصحية الموانع غير المالية للوصول إلى الرعاية مزايًا شاملة والتصنيفات تمويل منصف
الكفاءة	الفعالية والكفاءة وتحسين الجودة الكفاءة الإدارية
القابلية للمحاسبة	القابلية للمحاسبة والتمكين الديمقراطي الإدارة الذاتية للمريض ومقدم الخدمة

وحيث إنه لا يوجد نموذج لإصلاح صحي ناجح في العالم ، قد تعرض التنمية الصحية والإصلاح الصحي في الصين نفسها لمراجعة العالم النقدية لتجربتها . مع التحرك إلى المستقبل في سياق تدابير سياسة الإصلاح الجديدة ، سوف يظل السؤال المثار يدور حول ما إذا كانت مؤسسات السياسة القديمة (ونفس تصميم نظام الرعاية الصحية) سوف تظل ملائمة في السياق الاقتصادي والاجتماعي الجديد . في أيام الاقتصاد المخطط ، أدير النظام الصحي بطريقة القيادة والتحكم . في اقتصاد السوق الاقتصادي ، مع التسليم بمزيج القطاع العام/القطاع الخاص ، ما هي أدوات السياسة المطلوبة ، خصوصاً إذا ما رغبتنا في تحسين الإنصاف الصحي والإنصاف الاجتماعي؟ من سوف يشارك في حوكمة النظام الصحي وكيف سوف نستمتع إلى تنويعه من الأصوات؟ إذا لم تحدث التغييرات في عملية صنع السياسة وترتيبات الحوكمة ، ما هي التكلفة التي سوف يتحملها المجتمع والاقتصاد؟ لا نستطيع بعد كتابة أجوبة هذه الأسئلة ولكن فقط عندما يوجد وعي بالإنصاف وبالمشاركة وبالتفئة في المؤسسات العامة نستطيع أن نبدأ في مخاطبة هذه القضايا .

(\*) Ibid.

## الفصل الثاني عشر

### الوصول إلى الرعاية الصحية في كوريا

مينه كانج كيم (Minah Kang Kim)

#### مقدمة

كان عام ٢٠٠٧ هو العام الثلاثين لميلاد نظام التأمين الصحي الوطني (NHI) في كوريا. بنت كوريا خلال الثلاثين عاما الماضية نظام أمن صحي شامل بشكل لافت للنظر. الآن، تقريبا كل السكان مؤمن عليهم تحت مظلة التأمين الصحي الوطني<sup>(١)</sup>، أو المعونة الطبية (Medical Aid)<sup>(٢)</sup>. إلا أنه يجدر ذكر أن كثيرا من الانتباه في أحد المؤتمرات الأخيرة المقامة للاحتفال بالعيد الثلاثين، انصب على مشاكل عدم كفاية وعدم إنصاف القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية في نظام الرعاية الصحية حاليا في كوريا.

يحصل كل شخص على تغطية إلزامية، مع نظام تأمين اجتماعي شامل، لذلك يصبح من المدهش استمرار وجود مشاكل عدم كفاية هذه التغطية. تعتبر القدرة الشاملة على الوصول في معظم الأنظمة الصحية سمة جوهرية لنظم الرعاية الصحية لضمان تغطية سكانها وقدرتهم على الوصول إلى الرعاية، ولذلك، من المعتقد أن هذا هو الهدف الذي يسعى أي نظام صحي لتحقيقه. يحدد ميثاق الاتحاد الأوروبي للحقوق

---

(١) برنامج التأمين الصحي الوطني في كوريا هو أحد الأجزاء الكبرى من نظام التأمين الاجتماعي الكوري. من المتوقع أن برنامج التأمين الصحي الوطني تحت إشراف وزارة الصحة والرفاه الاجتماعي الكورية سوف يضمن القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية الضرورية للمرضى الكوريين. تُقدم المنافع التأمينية بواسطة تمويل هيئات القطاع الخاص المتعاقدة مع هيئة التأمين الصحي الوطني الكورية. القيد بالتأمين الصحي إلزامي لكل الكوريين المقيمين داخل الحدود الوطنية. حتى ديسمبر ٢٠٠٧، غطى نظام التأمين الصحي حوالي ٧٨٢٠٠٠٠ كوري من مجمل مجموع السكان البالغ عددهم ٤٩٦٧٢٠٠٠ نسمة (٩٦,٣٪).

(٢) برنامج المعونة الطبية كجزء من برنامج المساعدة العامة الكوري، هو برنامج تلميني عام يغطي تكلفة الرعاية الصحية للسكان الأصليين أو الذين ينتمون إلى شريحة ذوي الدخل المنخفض. حتى ديسمبر ٢٠٠٧، يغطي هذا النظام نحو ١٨٥٢٠٠٠ (٣,٧٪) من السكان.

الجوهرية (مادة ٣٥) أن "لكل شخص الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية الوقائية والحق في الانتفاع بالعلاج الطبي في ظل شروط تؤسسها القوانين والممارسات الوطنية". وبالمثل، في كوريا، يُكلف مواطنو كوريا بالدخول تحت تغطية التأمين الصحي الوطني (أو المعونة الطبية للفقراء)، ويضمن القانون شمولية الوصول إلى الرعاية الصحية.

ومع ذلك، ما نراه على السطح لا يمثل بالضرورة الحقيقة التي تكمن تحته. يفسر تقرير الوصول إلى الرعاية الصحية<sup>(٣)</sup> بذكاء هذا التناقض بالإشارة إلى الفروق بين التغطية والقدرة على الوصول إلى الرعاية. وعندما نعي مصطلح التغطية "الشاملة"، فنحن نفترض أن القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية مصونة داخل النظام، ونعتبر أن "التغطية" و"الوصول إلى الخدمة" هما نفس الأمر. إلا أنه عندما نلق بنظرة أعمق في هذه الحقيقة، نستطيع اكتشاف أنه في العديد من الحالات "التغطية الشاملة" و"القدرة المضمونة على الوصول" ليسا دائما مترادفين. نستطيع التقاط عديد من الحواجز التي تعرقل الوصول إلى الخدمات، وقد تكون هذه الحواجز قائمة في نظام تغطية شاملة.

كوريا هي نموذج طيب على ذلك. فلا زالت حصة واسعة من المرضى، حتى في ظل مخطط تأمين صحي شامل، تتحدث عن ارتفاع قيمة الفواتير الطبية بحيث تمثل عبئا حادا يتقل ظهورهم<sup>(٤)</sup>. لا تغطي حزم المنافع التأمينية بعض الخدمات الحرجة<sup>(٥)</sup>، وما زال نظام المشاركة في التكلفة يمثل سعرا عاليا وعبئا ثقيلا بالنسبة للعديد من الناس. ونتيجة لذلك، تصل مصاريف نفقات الجيب الشخصي في المتوسط إلى

---

(٣) يفحص التقرير قضايا الوصول إلى الرعاية الصحية والترتيبات الرسمية للرعاية الصحية عبر الحدود بين الدول الأعضاء العشرة في الاتحاد الأوروبي. الدول التي تعرض لها التقرير هي النمسا وبلجيكا وفرنسا وألمانيا والمجر وأيرلندا وإيطاليا وهولندا وبولندا والمملكة المتحدة (مع التركيز على إنجلترا وأيرلندا الشمالية).

(٤) في مسح (سوه وآخرون ٢٠٠٧) شاملا عينة قومية ممثلة مكونة من ٢٠٠٠ كوري، أجاب ٤٠٪ من أفراد العينة بأن الفواتير الطبية تمثل عبئا اقتصاديا جديا بالنسبة لهم. وأجاب ٥٤٪ من العينة بأن فواتير العيادات الخارجية وفواتير دخول المستشفى كانت مرتفعة بشكل غير مبرر بالنسبة لهم.

(٥) في نفس المسح أجاب ٦٠٪ من العينة بأن برنامج التأمين الصحي الوطني لا يغطي العديد من العلاجات والخدمات الطبية.



حوالى نصف التكلفة الإجمالية للرعاية الصحية. لا تتوزع الخدمات الصحية جغرافيا بشكل منسجم ، حيث يجد البعض مصاعب في الوصول إلى الرعاية الصحية أكبر من الآخرين. أكثر من ذلك ، ينتج عن نقص التنسيق في تنظيم وتشغيل نظام تقديم الخدمة متاعب أخرى للوصول إلى الخدمات ، مثل قوائم الانتظار الطويلة لخدمات مستوى الرعاية الطبية الثالث. ورغم الاستحقاقات المتساوية ، تتحدث عديد من الدراسات عن حالات متكررة وموثقة لعدم القدرة المتساوية في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الضرورية وما ينتج عنها من أضرار على الحالة الصحية والأخلاقيات.

وما يساوي ذلك بنفس القدر هو اعتقادنا في وجود تغطية شاملة ، وهي التي شئت انتباهنا عن حقيقة استمرار وجود فجوة في تغطية نظامنا الصحي - فئات سكانية فيما يُسمى "المنطقة الميتة". أولئك الناس الذين يحصلون على دخول بالكاد فوق خط الفقر ، وبالتالي غير مؤهلين لاستحقاقات برامج المعونة الطبية ويكابدون عوائق مريرة للوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الضرورية. إضافة إلى ذلك ، أولئك الناس الذين ليس لديهم وضع سكني ثابت (اللاجئون وغيرهم ممن فشل في الحصول على حق اللجوء والإقامة) إلى جانب المهاجرين غير الشرعيين ، كل هذه الفئات تظل دون تغطية ولا قدرة كافية على الوصول إلى الرعاية الصحية.

هدف هذه الدراسة هو تحليل التطورات السابقة والوضع الحالي لنظام الرعاية الصحية ، فيما يتعلق بالقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في كوريا الجنوبية. تبدأ الدراسة بمناقشة عامة حول مسألة الوصول إلى الرعاية الصحية من الزاوية النظرية وتقدم إطار عمل للتحليلات اللاحقة. وبناء على ذلك نناقش في هذه الدراسة عديدا من المؤشرات التي تقيس القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية. وبعد نظرة عامة سريعة لنظام الرعاية الصحية في كوريا كبيئة للسياسة العامة ، نقوم بتحليل الوضع الحالي للوصول إلى الرعاية الصحية. وأخيرا ، نعرض في قسم الاستنتاجات التقييم الكلي للقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في نظام الرعاية الصحية الحالي في كوريا ، مع مناقشة حول بقية قضايا النظام وتحدياته في المستقبل.

## "الوصول إلى الرعاية" كسياسة عامة وكقضية تشريع

منذ ميلاد نظام التأمين الطبي الإجباري في ١٩٧٧ ، تفرط أجندة السياسة الصحية الكورية في التركيز على شمولية مخطط التأمين الصحي الوطني (NHI). في هذا العام ، بدأ النظام بتأمين طبي إجباري لمشاريع الأعمال الواسعة التي يعمل بها ٥٠٠ مستخدم أو أكثر وحقق النظام التغطية الشاملة في ١٩٨٩ ، فقط بعد ١٢ عامًا من بدايته .

في يوليو ٢٠٠٣ ، تكاملت تماما صناديق التأمين الصحي المنفصلة بين برامج التأمين على المستخدمين وبرامج صغار أصحاب الأعمال الذين يعملون عند أنفسهم ، ليتحقق التكامل الهيكلي والموضوعي للنظام . ورغم هذا الإنجاز المرموق ، كان النظام لا يزال ناقصا عند الوضع في الاعتبار ضمان كفاية وإنصاف القدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية وبالتالي الوفاء بما تتعهد به التشريعات من "حماية صحة المواطن" .

وربما يكون سوء الفهم المتكرر؛ لا اعتبار أن مفهومي التغطية والقدرة على الوصول يتماثلان هو ما يخلق جزئيا هذه الفجوة . ولهذا الحد ، انصب اهتمام مجتمع وضع السياسات في كوريا داخل دائرة التوسع في التغطية التأمينية ، أولا في تغطية السكان ثم مؤخرا في مسألة التغطية بالمنافع التأمينية بناء على تأكيد أن تغطية بالتأمين العام الشامل سوف تضمن لكل شخص قدرة كافية ومنصفة للوصول إلى الرعاية . ومع ذلك ، علق ببيودي وآخرون بجدارة في تقييمهم لنظام الرعاية الصحية في كوريا "حيث إن التغطية الصحية هي فعليا شاملة في كوريا ، تصبح الإجابة على القضية الحاسمة : كيف يؤدي هذا النظام وظائفه ؟ أسهل بفحص مسألة القدرة على الوصول إلى الرعاية بدلا من النظر في أمور التغطية . وعند فحص القدرة على الوصول ، يبدو أن عددا من الفئات تنال أقل مما تستحق" . طبقا لتصريح ببيودي هذا ، نستطيع ملاحظة أنه رغم خطة التأمين الشامل ، تنال حصة ذات شأن من السكان أقل مما يجب ، وهم بالاسم الأشخاص تحت خط الفقر ، وأولئك الذين يعيشون في المناطق الريفية إلى جانب فئة كبار السن .

يشير تقرير "القدرة على الوصول" للرعاية الصحية إلى أن مثل هذا التشوش حول هذه القضية ليس حالة فريدة ولكنها ملاحظة شائعة ، ويقرر أن:

”بناء على التعريف الفضفاض لمصطلح التغطية الشاملة، افترضوا أن القدرة على الوصول سوف تكون قائمة، على أساس أن ”القدرة على الوصول“ و”التغطية“ هما نفس الشيء. إلا أن التغطية والقدرة على الوصول ليست نفس الشيء، والعوائق – أو بشكل أكثر تحديداً ”المشقة“ – في الوصول إلى الخدمات قد تكون قائمة رغم وجود التغطية الشاملة“.

ويتوسع التقرير في الإشارة إلى أنه حتى في وجود التغطية الشاملة، قد لا يكون الوصول إلى الرعاية الصحية مضموناً نتيجة لأسباب متنوعة، مثل استثناء بعض الخدمات الضرورية من حزم الخدمات التأمينية، وعدم إتاحة الخدمات رغم النص عليها في قائمة حزم الخدمات التأمينية، وسياسات المشاركة في تحمل التكلفة المرهقة، والحواجز الجغرافية للوصول إلى الخدمات والحواجز التنظيمية وحواجز التشغيل مثل قوائم الانتظار.

أكثر من ذلك، يبدو أن الانتباه القليل الممنوح لقضية القدرة الكافية والمنصفة للوصول إلى الرعاية في مجتمع وضع السياسات الكوري ينبع أيضاً من الممارسة الحالية التي تعرّف مفهوم ”الوصول إلى الرعاية“ بمفردات ضيقة. يحيط التعريف الموسّع بأبعاد متعددة، تتضمن حزمة الخدمات الشاملة، وعدم وجود عبء اقتصادي أو القليل منه للوصول إلى الخدمة، وحواجز جغرافية في حدودها الدنيا، إلخ. بتطبيق هذا المفهوم الرحب للقدرة على الوصول، يصور تشخيص موسيالوس في ٢٠٠٧ لنظام الرعاية الصحية الكوري واقعة مماثلة تلتفت انتباهنا. ففي تقييمه للنظام الصحي الكوري في أبعاده الثلاثية – الطول والعرض والارتفاع – يوصف النظام بأنه نظام ذو تغطية واسعة للسكان، يقدم خدمات ضحلة مع وجود عنصر المشاركة في التكلفة مرتفع.

في كوريا، يخوّل الدستور استحقاق الحق في الصحة للمواطنين، الذي ينص على أن ”تحمي الدولة صحة كل المواطنين“<sup>(٦)</sup>. يعلن القانون الأساسي للصحة

---

(6) Constitution Article 36: Marriage, Family, Mothers, Health. <http://www.servat.unibe.ch/icl/>.

ومادة الطب رقم ١٠ أيضا أن كل المواطنين لهم حقوق صحية تحميها الدولة وحقهم في الصحة لن يخضع لتمييز بناء على النوع أو السن أو المكانة الاجتماعية أو الدين أو الوضع الاقتصادي. في نفس القانون تنص المادة رقم ٤ على أن كلا من الدولة والحكومة المحلية مسئولتان عن الوفاء بالاحتياجات الطبية الأساسية؛ بين المواطنين بالتساوي. وفي نفس الوقت، يجب أن تخطط الدولة والحكومات المحلية وتنفذ خطط السياسة، من أجل تقديم خدمات طبية كافية للفئات الضعيفة من الناحية الطبية وخصوصا لكبار السن وذوي الإعاقات والعمال والطلبة والنساء والأطفال<sup>(7)</sup>. أيضا، يجب أن تخطط الدولة والسلطات المحلية لتوزيع متساو وكاف للموارد الطبية عبر المناطق والأقاليم<sup>(8)</sup> وخلال فترة معينة<sup>(9)</sup>.

على الأقل طبقا للقانون، كل مواطن كوري له ضمان الوصول إلى والانتفاع بخدمات الرعاية الصحية، بغض النظر عن الوضع الاجتماعي والاقتصادي والإقليمي. وكما نصف في القسم التالي، هذا الكلام دقيق بشكل سطحي لكنه ربما يكون مضللا. المشكلة الأكثر جوهرية هنا هي أنه رغم هذا الاستحقاق، نفتقد توافقا اجتماعيا على ما يمثل القدرة "الكافية والمتساوية" لخدمات الرعاية الصحية "الضرورية".

### مؤشرات قياس القدرة على الوصول للرعاية الصحية

في هذا القسم، نقيم الوضع الحالي للقدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بمجموعة من المؤشرات. يسمح لنا التقييم المنهجي لحجم والطبيعة المتغيرة لمشاكل القدرة على الوصول وأسبابها وتأثيراتها بالتحرك لما يتجاوز الوصف الفارغ والمنقول غالبا للتغطية التأمينية، ويفترض ما يجب علينا صنعه بوجه خاص لتحقيق هدف القدرة المتساوية، والكافية للوصول إلى الرعاية. وعلى وجه الخصوص، المؤشرات التي تقوم على أساس الأبعاد المتعددة للوصول تسمح لنا بأن نركز بؤرة اهتمامنا على ظروف الجزء غير الظاهر من المجتمع، التي تسود بين الفئات الضعيفة والعرضة للمخاطر.

---

(7) The Basic Law on Health and Medicine Article 45, No. 1

(8) Ibid

(9) Ibidem and No 2

في هذا القسم ، نقيم القدرة على الوصول عبر ثلاث نقاط على مسار حركة عملية تقديم الرعاية الصحية - الهياكل والاستخدام والمخرجات . أولاً: لنفحص الجانب البنيوي لنظام الرعاية الصحية ، مثل تغطية السكان بالتأمين الصحي وتغطية حزم الخدمات وترتيبات المشاركة في تحمل التكلفة والحواجز الجغرافية<sup>(١٠)</sup>.

ثانياً: تقاس القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية بشكل غير مباشر بواسطة قياس استخدام خدمات الرعاية الصحية (utilization) - كم قدر الخدمات المستخدمة وما هي ، وإذا ما كان نسق استخدامها كافياً ومنصفاً أم لا . ونتيجة لمحدودية البيانات ، كان من الصعب تحديد القدرة على الوصول إلى الخدمات الملائمة والسليمة ، وتحديد ما إذا كان المُقدّم منها كافياً سواء من ناحية الكم أو من ناحية النوع ، ومن هنا تم استبعاد ذلك من هذه الدراسة . بدلا من ذلك ، تم استعراض آخر ما تراكم من دراسات حول انعدام المساواة في كمية الخدمات الطبية المستخدمة . أيضا ، استخدمت إجابات الاستبيانات حول "الاحتياجات التي لم تُوف" و "الرعاية المُؤجلة" لتقييم ما يشعر به الناس من قدرة على الوصول إلى الخدمات الضرورية . ورغم تعرض هذه الطريقة في استخدام الاستبيانات لتقييم "القدرة على الوصول إلى الرعاية" للنقد لعدم موضوعيتها (subjectivity) ، فقد أُستخدِم هذا الأسلوب مرارا ؛ لأنه من الممكن بهذه الإجراءات الإمساك بخبرة الناس الواقعية إلى جانب فهمهم وقلقهم من مضار المرض<sup>(١١)</sup> . وأخيرا ، تقييم الاتجاهات والتغيرات في عدم الإنصاف في الحالة الصحية على كل من المستويين القومي وبين الفئات ذات الوضع الاجتماعي الاقتصادي المختلفة؛ حتى نلاحظ عواقب عدم كفاية وعدم إنصاف القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في النظام .

---

(١٠) تم تعريف القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في تقرير الوصول إلى الرعاية الصحية بمعايير ستة حواجز: تغطية السكان والتغطية بالمنافع والمشاركة في التكلفة والحواجز الجغرافية والحواجز التنظيمية واستخدام الخدمات. في هذه الدراسة استخدمت نفس مقاربة التقرير لكنني لم أضف إليها الحواجز التنظيمية مثل قوائم الانتظار ، حيث إن ذلك قليل الأهمية نسبيا في النظام الصحي الكوري. سوف تأتي تفاصيل كل مؤشر منهم في القسم التالي من التحليل.

(11) the MEPS (Medical Expenditure Panel Surveys), the CTS (Community Tracking Surveys), and the NHIS (National Health Interview Studies) include questions on "unmet needs" and "delayed care" as subjective measures of access to care.

## نظام الرعاية الصحية في كوريا

يتسم نظام الرعاية الصحية الكوري بمزيج فريد من تقديم خدمات الرعاية الصحية والتمويل الصحي. وبناء على الميراث التاريخي والثقافي للمسئولية الفردية عن الصحة والولاء للأسرة، إلى جانب المطالب الجماهيرية المتزايدة لحماية أفضل من الأمراض غير المتوقعة، تطور نظام فريد حيث تُقدّم الخدمات الصحية بواسطة القطاعات التجارية وتمول بآليات شبه تجارية (semi-commercial) أو خليط من الخاص والعام. في الجدول رقم ١، نستطيع ملاحظة نسق من تقديم الخدمات والتمويل يتبع تصنيف إيسنج أندرسن لدول الرفاه (Esping-Andersen ١٩٩٠). يشيع استخدام التمويل العام لتقديم القطاع الخاص للخدمة فيما تُسمى بلدان الديمقراطية المسيحية. يوجد مزيج التمويل العام لتقديم القطاع العام للخدمة بين بلدان الديمقراطية الاشتراكية. مزيج الخاص-العام في مجالي التمويل وتقديم الخدمة هو ممارسة شائعة بين الدول الليبرالية مثل الولايات المتحدة وهولندا.

الجدول 1: تصنيف نظم الرعاية الصحية في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية طبقاً لمصدر التمويل وتقديم الخدمة

تقديم الخدمة				
التمويل	عام	مختلط		
		عام		
التمويل	عام	أيرلندا وإسبانيا والدنمرك وفنلندا والبرتغال والنرويج والسويد وإيطاليا والمملكة المتحدة		
	مختلط	بلجيكا وفرنسا وألمانيا والنمسا ولكسمبورج واليابان ونيوزيلندا		
		الولايات المتحدة وكندا وهولندا واليونان	كوريا	

المصدر: (Kim 2007)

ملاحظة: تصنيف المخطط التمويل للنظام كتمويل "عام" إذا ما كان أكثر من ٧٠٪ من التمويل يأتي من مصادر تمويل عامة. وبالمثل تصنيف تقديم الخدمة كمقدم خدمة قطاع خاص إذا ما كان أكثر من ٧٠٪ من المستشفيات في البلد مستشفيات يقوم بتشغيلها "قطاع خاص".

كوريا نموذج فريد لنظام التأمين الصحي الشامل، حيث يعتمد تقديم الخدمة على القطاع الخاص بالكامل بينما يأتي التمويل في شكل مزيج بين العام والخاص. في

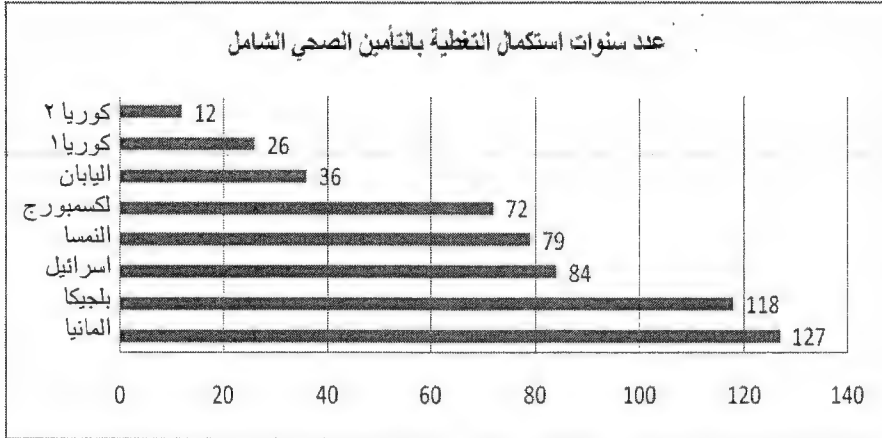
كوريا تُقدّم معظم خدمات الرعاية الصحية بواسطة مقدمي خدمة من القطاع الخاص . تمثل أسرة مستشفيات منشآت القطاع الخاص نسبة أكثر من ٩٠ ٪ . ملكية المستشفيات والعيادات تقريبا حصرية في القطاع الخاص . في معظم الحالات ، يملك الأطباء ويديرون هذه المنشآت . يلعب القطاع العام دورا هامشيا في تقديم الخدمة . تقديم القطاع العام للخدمة محدود جدا ويستهدف الفئات الأكثر حرمانا .

فيما يتعلق بالتمويل ، تحافظ كوريا على استمرار نظام تأمين صحي قطاع عام إلزامي ، يغطي كل السكان بمخطط تأميني قطاع عام واحد . وقد أنجز البلد هذا النظام في فترة قصيرة من الوقت بشكل ملحوظ ، تقريبا خلال عقد واحد ، بين عامي ١٩٧٧ و ١٩٨٩ (شكل ١) . نشأت أصول نظام التأمين الصحي الوطني من قانون التأمين الطبي ، الذي شُرّع في عام ١٩٦٣ . خلال هذه الفترة ، كانت كوريا بلدا فقيرا متخلفا بموارد مالية محدودة ؛ حيث كان الناتج المحلي الإجمالي بالنسبة للفرد لا يزال تحت ١٠٠ دولار ، وبالتالي ، بدأ النظام التأميني على قواعد الطوعية لمشاريع تستخدم ٣٠٠ عامل أو أكثر .

فيما بعد ، في يوليو ١٩٧٧ ، أطلقت الحكومة برنامج التأمين الطبي الشامل بضم مشاريع الأعمال الكبيرة التي تستخدم ٥٠٠ عامل أو أكثر . ومع الامتدادات التدريجية ولكن السريعة لتغطية المشاريع الأصغر والأقسام الأخرى من السكان - من الشركات كبيرة الحجم إلى المتوسطة والصغيرة ، من المُستخدّمين إلى الأفراد الذين يعملون لدى أنفسهم ، ومن المدن إلى المناطق الريفية ، اكتمل الأمن الطبي لكامل السكان عام ١٩٨٩ .

قبل عام ١٩٨٩ ، قامت ٢٢٧ جمعية تأمين طبي إقليمية و ١٣٩ جمعية تأمين طبي في أماكن العمل إضافة إلى جمعيات التأمين الطبي لمدارس الطب الحكومية والخاصة . بحلول عام ٢٠٠٠ ، بعد فترات طويلة ومؤلمة من الجدل ، اندمج النظام في نظام تأميني واحد ، هيئة التأمين الصحي الوطني الكبرى (NHIC) ، وهكذا انتهت هيكلية حقبة تعدد الجهات التأمينية . وأخيرا في يوليو ٢٠٠٣ ، تكاملت الصناديق التأمينية المستقلة

بين البرامج التأمينية للمستخدمين وبرامج من يعملون لدى أنفسهم ، ليكتمل التكامل  
البنوي والموضوعي للنظام .



المصدر: Carrin and James 2005

ملاحظة: كوريا 1 تعني كوريا في السنوات ما بين 1963 و1989. وكما وصفنا سالفا أن نظام التأمين الصحي الوطني قد بدأ على أساس طوعي. كوريا 2 تعني عدد السنوات بين عامي 1977 و1989 عندما بدأ نظام التأمين الصحي الشامل الإلزامي.

ومع ذلك إنجاز مثل هذا النظام الكبير للسياسات العامة في مثل هذه الفترة القصيرة من الزمن يحتوي تقريبا دائما مناطق ضعف منهجية. في كوريا ، نتج عن هذا التبنّي السريع لنظام تأمين صحي شامل بموارد اقتصادية وبشرية محدودة النتائج طويلة المدى ، مثل الاعتماد الشديد على القطاع الخاص من أجل تقديم الخدمة والتمويل . وفي ظل نظام للرسوم شديد السيطرة - وهو ما اعتبروه نظاما ضروريا لمنع الزيادة السريعة في إنفاق الرعاية الصحية - مع آليات دفع الرسم مقابل الخدمة (fee-for-service) ، قام مقدمو خدمة القطاع الخاص بالتوسع في نظام صحي علاجي حصريا - لتزيد عدد مرات زيارة العيادات ودخول المستشفى إلى جانب تكثيف الخدمات المقدمة دون أي شواهد على الفعالية الإكلينيكية أو الكفاءة مقابل التكلفة (cost-efficiency) .



أيضاً مال القطاع الخاص في تقديمه للخدمة مدفوعاً بحوافز اقتصادية قوية إلى التركيز على الخدمات التي يتولد عنها أعلى الأرباح وإلى الرعاية العلاجية عالية التكلفة. لا تغطي حزم المنافع التأمينية بعض هذه الخدمات وهكذا يصبح الوصول إليها متاحاً فقط؛ لمن يستطيع الدفع. في مناخ تتزايد فيه التكنولوجيا الطبية غالية الثمن وتصبح الخدمات الصحية العلاجية هي السائدة، مصحوبة برسوم خدمة أعلى وتغطية غير كافية، ينحرف النظام الصحي تدريجياً بعيداً عن الوفاء باحتياجات الفقراء والفئات منخفضة الدخل ويتراجع التوسع في الرعاية الوقائية والتعزيزية. ومع ذلك، فور تأسيس برنامج التأمين الصحي، أصبح من الصعب الوقوف في وجه هذا التيار، نتيجة للمصالح الكبيرة في البنية السياسية والاقتصادية لعملية تقديم الرعاية الصحية. وعلى الأخص، تلعب الجمعيات المهنية الطبية القوية أدواراً رئيسية في الحفاظ على استمرار النظام الحالي.

عدد العمليات القيصرية بين عدد من البلدان المختارة في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (لكل 1000 مولود حي)

البلد	المعدل
كوريا	352.3 (2004)
بلجيكا	177.6 (2004)
الدنمرك	194.4 (2005)
فنلندا	163 (2002)
إيطاليا	374.5 (2004)
المكسيك	392 (2005)
هولندا	136.4 (2004)
النرويج	152 (2004)
السويد	172 (2003)
المملكة المتحدة	233 (2005)
الولايات المتحدة	291 (2004)
متوسط المنظمة	239.3 (2005)

Source: OECD Health Data, 2007

أكثر من ذلك ، فيما يتعلق بتعويضات معدلات السداد المنخفضة لمقدمي الخدمة ، ضوابط تقديم الخدمة الصحية في نظام الرعاية الصحية الكوري تتواجد في حدها الأدنى . على سبيل المثال ، تسمح الحكومة بشكل مبهم بفرض رسوم استشارة خاصة (مبلغ زائد يُدفع للإخصائيين وقدامى الأطباء ذوي الخبرة) والتوصية المتكررة لخدمات وطرق علاج خارج حزمة منافع التأمين الصحي الوطني والتي تساعد في توليد الأرباح الباهظة . نقص التخطيط واللوائح التنظيمية لعملية تقديم الخدمة الصحية أحدث تزايداً حاداً لعمليات شراء وانتشار التكنولوجيا الطبية في كوريا . في ٢٠٠٥ ، عدد أجهزة الأشعة المقطعية بالكمبيوتر (computerized tomographs) لكل مليون شخص بلغت ٣٢ ، ٢ - زيادة من ١٢ ، ٢ في ١٩٩٠ - وأجهزة أشعة الرنين المغناطيسي (MRIs) لكل مليون شخص زادت من ١ ، ٤ في ١٩٩٠ إلى ١٢ ، ١ في ٢٠٠٥ . ذلك جعل كوريا بلدا رائدا بمعايير تبني التكنولوجيا الطبية لتساير اليابان . والمثال الآخر هو المعدل العالي للغاية للجراحة القيصرية في كوريا (جدول ٢) . من بين بلدان مُختارة في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) ، يأتي ترتيب كوريا ثالث أعلى بلد ، بعد المكسيك وإيطاليا . الزيادة المزعجة في حجم وكثافة كل من الخدمات التأمينية وغير التأمينية هي المسئولة عن المزيج المشوه الحالي للرعاية الطبية من أجل العلاج ، الذي يساهم في الزيادة السريعة لإنفاق الرعاية الصحية ، إلى جانب العبء المالي الباهظ الذي يتّقل كاهل المرضى . وبصورة عامة بينما يتوسع نظام الرعاية الصحية الكوري ويرتقي ظاهريا طوال الثلاثين عاما الماضية ، لا يزال النظام يتعرض للاستهجان والتنديد بوصفه "ناجح جزئيا" ، ولعدم فعاليته في مخاطبة المشاكل الجوهرية لعبء المريض العالي وضحالة التغطية .

الوضع الحالي والاتجاهات السابقة للقدرة على الوصول إلى الرعاية في كوريا

#### تغطية السكان

نظام التأمين الصحي الوطني الكوري يغطي جميع السكان بمخطط تأمين صحي عام وإلزامي . طبقا لقانون التأمين الصحي الوطني ، الذي صدر في ١٩٩٩ ، "سوف

يصبح الوطنيون الكوريون الذين يسكنون البلاد"، ما عدا أولئك الذين نحدددهم، "مؤمن عليهم أو يعتمدون على التأمين الصحي" (الفصل الثاني. مادة ٥). وبحلول ٢٠٠٦، تجاوز عدد السكان الذين يغطيهم التأمين الصحي الوطني ٤٧ مليون شخص، بنسبة ٩٦,٣٪ من مجموع السكان. برنامج المعونة الطبية يغطي النسبة الباقية ٣,٧٪، حوالي ١,٧ مليون من الأسر منخفضة الدخل (جدول ٣). يُصنّف الأشخاص الذين يغطيهم التأمين الصحي الوطني إلى شريحتين: المُستخدّمين الذين يعملون لدى أنفسهم. يُصنّف القانون العمال وأصحاب العمل في كل أماكن العمل - ما عدا العاملين باليومية بأقل من ٨٠ ساعة في شهر العمل - والموظفين العموميين، ومُستخدّمي المدارس ومن يعملونهم كمُستخدّمين.

من النزاهة تقرير أنه بعد ميلاد نظام التأمين الصحي الوطني، حدث تحسن ملحوظ في القدرة على الوصول إلى الرعاية الطبية وانخفاض في عبء التكاليف الطبية الواقعة على السكان. زاد عدد الناس الذين غطاهم التأمين الصحي العام من ٨,٨٪ من مجمل السكان في ١٩٧٧ وبلغ ٩,٣٪ في ١٩٩٠. في عام ٢٠٠٠، أصبحت نسبة التغطية ٩٦-٩٧٪. أجرى معهد التنمية الكوري بحثاً في ١٩٧٥ جاء فيه أن نسبة من أصيب بمرض ولم يستطع استخدام أي خدمات طبية بلغ حوالي ٤٠٪ على المستوى الوطني. بعد تنفيذ برنامج التأمين الصحي الشامل، زاد الاستخدام الطبي بمعدلات مذهلة. تكشف مقارنة إحصائيات المسح الذي أُجري في ١٩٧٥ و ٢٠٠٦ أنه خلال الثلاثين عاماً الماضية، نسبة المرضى غير القادرين على الحصول على الرعاية الطبية الضرورية انخفض من ٤٠٪ إلى ٧٪ من عينة المسح.

ورغم ذلك، الحماية الفعلية للقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية الضرورية لبعض الفئات الضعيفة ما زالت غير كاملة. والأجدر بالملاحظة هو أن الناس في "المنطقة الميتة" - فجوات التغطية - للحماية الاجتماعية، بسبب عدم قدرتهم على دفع الاشتراك الأولي للتأمين. وأوردت التقارير أن حصة كبيرة من الأسر الفقيرة غير المؤهلة للاستحقاقات - التي تقع بالضبط فوق خط الفقر وهكذا لا تستحق الحصول

على خدمات برنامج المعونة الطبية، أو تلك الأسر التي يعولها عائل من أحد أفرادها، ولكنها في الواقع لا تستطيع الحصول على أي دعم - أو تلك الأسر الفقيرة، التي هي حالياً فوق خط الفقر، ولكنها انزلت إلى أسفل خط الفقر بسبب نفقاتها الطبية؛ لا تجد حماية كافية لقدرتها على الوصول إلى الرعاية عندما يحتاجونها.

الجدول ٣: تغطية السكان بالتأمين الصحي الوطني الكوري (الوحدة: ١٠٠٠ شخص، ٢٠٠٦)				
الجهة التأمينية	المؤمن عليهم	عدد الأفراد	النسبة	
إجمالي السكان		٤٩٢٣٨		
برنامج التأمين الصحي الوطني	إجمالي المؤمن عليهم		٤٧٤١٠	٩٦,٣٪
	الهيئة الوطنية للتأمين الصحي	الموظفون	٢٨٤٤٥	٥٧,٧٪
		من يعمل عند نفسه	١٨٩٦٥	٣٨,٦٪
برنامج المعونة الطبية	الحكم المحلي	المنازل منخفضة الدخل	١٨٢٩	٣,٧٪

Source: MOHW White Paper, 2006

على سبيل المثال، طبقاً للمادة ٤٨(٣) من قانون التأمين الصحي الوطني، "قد لا تقدم الشركة الكبرى منافع تأمينية للمؤمن عليه الذي يتأخر في دفع مساهماته... ويظل الأمر كذلك حتى يدفع ما عليه من متأخرات كاملة". في ٢٠٠٦، تحدثت التقارير عن أن حوالي ٢ مليون أسرة متأخرة عن دفع مساهماتها لأكثر من ثلاثة أشهر.

طبقاً لمسح صحي عن المتأخرين في دفع اشتراكاتهم الأولية لأكثر من ثلاثة أشهر، قرر حوالي ٨٦,٤٪ منهم أن الأعباء الاقتصادية كانت السبب الأكبر لهذا التأخير. وقرر ٣٤٪ منهم أنهم لا يستطيعون زيارة الطبيب أو الذهاب إلى الصيدليات وقال ٢٥,٥٪ إنهم اضطروا إلى تسديد كامل النفقات من جيوبهم الشخصية. ومؤخراً، بناء على مسح للمنزل المتأخرة في دفع الاشتراكات الأولية، دافع لي (٢٠٠٧) بأن إعانة الاشتراك الأولي المالية للفقراء وفئات الدخل المنخفض، سوف تزيد من القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية إلى درجة غير متناسبة من السكان. وأيضاً، معايير التأهل لاستحقاقات برنامج المعونة الطبية كشبكة أمان صحية هي غالباً محل انتقاد

بسبب عدم انفتاحها بدرجة تتناسب ووظيفة البرنامج. أكثر من ذلك، من المعروف أن الإجراءات الإدارية المطلوبة حتى تصبح منتفعا ببرنامج المعونة الطبية معقدة وتجري دون تنسيق كاف<sup>(١٢)</sup>. يغطي برنامج المعونة الطبية فقط ٣,٧ ٪ من إجمالي السكان في النظام الحالي، بينما تُقدَّر نسبة السكان تحت ١٣٠ ٪ من خط الفقر بين ١٠ ٪ و ١٥ ٪، وهكذا يغطي البرنامج فقط ما بين ثُلث إلى خُمس السكان المعوزين.

في الأزمنة الحديثة، صار من شئون السياسات العامة معالجة قضية نقص قدرة المهاجرين غير الشرعيين على الوصول إلى الرعاية الصحية. فقد زاد عدد الأجانب والمهاجرين بمعدلات سريعة من ٥٠ ألفا (١,٠ ٪ من السكان) في ١٩٩٠ إلى ٩١٠ آلاف (١,٨٨ ٪ من السكان) في عام ٢٠٠٦، مع استبعاد الموجودين في البلاد دون وثائق. الآن، أصبح من الممكن تغطية الأجانب ببرنامج التأمين الصحي الوطني بعد استيفاء شروط معينة من أجل القيد به. أظهرت التقارير في ٢٠٠٥ أن التأمين يغطي ٢١٥١٩٨ أجنبيًا، منهم حوالي ١٤٣٨٣٣ تأمينًا ذاتيًا و ٥٥٢٣٨ تأمين مُستخدمين. ورغم التغيرات الأخيرة في القانون في ٢٠٠٦، الذي وجه التغطية التأمينية الإجبارية لأصحاب العمل أو للمستخدمين في أماكن العمل ب كوريا، من المقدر أن حصة المؤمن عليهم بين الأجانب سوف تتوقف عند حوالي ٦٠ ٪ من المؤهلين لذلك.

### التغطية بالمنافع التأمينية

تعاود بين الحين والآخر، قضية كفاية التغطية بالمنافع التأمينية لبرنامج التأمين الصحي الوطني احتلال مكان بارز في أجندة السياسة الصحية، ويعود ذلك لأن البرنامج قد بدأ بسياسة تضع أولوية للتوسع في تغطية السكان، على حساب التغطية بمنافع تأمينية شاملة. في نظم التأمين الصحي الاجتماعي، حزم المنافع ليست مجرد

---

(١٢) وحيث إن برنامج المعونة الطبية هو جزء من برنامج حماية الحد الأدنى من وسائل المعيشة في نظام الرفاه الاجتماعي الكوري الموجه للفقراء، يعمل البرنامج ويدار بشكل منفصل عن برنامج التأمين الصحي الوطني. لذلك، تقوم السلطات المحلية بتحديد المستحقين للانتفاع ببرنامج المعونة الطبية، بينما إدارة وتشغيل النظام هي مسئولية هيئة التأمين الصحي الوطنية.

قائمة من الخدمات والعلاجات التي يغطيها التأمين . ولكنها تعين ما يمثل "استحقاقات المواطنين في الرعاية الصحية"، وهي مؤشر رئيسي لتحديد ما إذا كان التأمين الصحي الوطني يلتزم عن حق بأدواره الكبرى في ضمان المستوى اللائق من القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية الضرورية للمؤمن عليهم أم لا .

طبقا للمادة ٣٩ من قانون التأمين الصحي الوطني ، معايير منافع التأمين الصحي فيما يتعلق بأساليب الرعاية الصحية ، وإجراءاتها ومجالها وسقفها إلخ ، تتحدد بواسطة لوائح تنظيمية تصدرها وزارة الصحة والرفاه الاجتماعي . فالمنافع تخضع لمعايير قياسية محددة وهي نفسها بالنسبة لكل الأشخاص .

لا توجد فروق بين منافع التأمين الصحي الوطني وبرنامج المعونة الطبية . وبشكل أساسي ، تُستبعد من قائمة المنافع خدمات علاج الأمراض التي لا تسبب صعوبات في الأنشطة اليومية أو في العمل - مثل جراحات التجميل والندوب وحب الشباب والعنة والشخير البسيط - طبقا للمادة ٣٩ (٣) . ومع ذلك ، في الواقع العملي ، لا يوجد في قائمة التغطية بالمنافع الحالية عدد من العلاجات والخدمات الضرورية للشفاء الطبي ، وهكذا نفرض عبئا خطيرا على المرضى وأسراهم .

طبقا للقانون ، تُقسّم الخدمات خارج التغطية التأمينية إلى شريحتين: "مُرخص بها" و"انتقائية" . الخدمات المُرخص بها هي تلك الخدمات الضرورية طبيا وذات كفاءة منسوبة لتكلفتها وغير مدرجة في حزم منافع التأمين الصحي الوطني لأسباب مالية . تشمل الأمثلة الخدمات الوقائية والغرف ذات الرسوم الإضافية وبعض العلاجات الشرقية ، إلخ . تشير الخدمات الانتقائية إلى الخدمات والعلاجات الطبية غير المُرخص بها تقديمها للمرضى بعد . الأمثلة على ذلك هي العقاقير دون اسم التأمين الصحي عليها والأساليب التقنية ، والإجراءات الطبية الجديدة لأسباب تتعلق بعدم التحقق من أمانها ومن جدوى فعاليتها منسوبا للتكلفة .

في كوريا ، كانت القرارات التي تتعلق بالخدمات والعلاجات المسموح بها داخل

حزم منافع التأمين تُتخذ بناء على أسباب مالية وسياسية، بدلا من الشواهد العلمية التي تؤكد جدوى الفعالية منسوبا إلى التكلفة، خصوصا في سنوات التأمين الوطني الأولى.<sup>(١٣)</sup> وكما أشار إيكيجامي في دراسته المقارنة بين نظامي اليابان وكوريا، إلى تميز قرارات التغطية التي لا تتخذ بناء على الشواهد الموضوعية بالضعف؛ لأن مقدمي الخدمة أساسا يستطيعون إقناع المرضى بشراء خدمات خارج التغطية؛ حتى يحصلوا بها على نتائج أفضل. وحيث إن هذه الخدمات الموجودة خارج التغطية هي أغلى ثمننا وفي العادة أكثر ربحية لمقدمي الخدمة، فذلك سوف يلقي بعبء ثقيل على كاهل المرضى الذين لا يمتلكون معرفة وفهما كافيا لمرضهم ليتخذوا قرارهم الخاص وبالتالي يتبعون نصيحة طبيبهم ويشتررون تلك الخدمات خارج التغطية، التي أوصى بها الطبيب.

جدول 4: اتجاه دفع المريض من الجيب الشخصي طبقا لنوع مقدم الخدمة (2006-2004)

النوع	2004			2005			2006		
	القطاع العام	مشاركة المريض	خارج التغطية	القطاع العام	مشاركة المريض	خارج التغطية	القطاع العام	مشاركة المريض	خارج التغطية
الإجمالي	61.3	23.1	15.6	61.8	22.5	15.7	64.3	22.4	13.3
مستشفيات متخصصة	43.8	20.8	35.4	52.9	17.7	29.4	57.2	16.9	25.9
المستشفيات الكبرى	51.7	22.6	25.7	55.3	21.2	23.5	59.5	20.6	19.9
المستشفيات	51.6	22.8	25.6	55.4	19.4	25.2	56.6	19.9	23.5
العيادات	67.5	24.3	8.2	64.4	23.6	12.0	69.1	22.8	8.1
مستشفيات الأسنان	22.2	16.9	60.9	35.7	24.3	12.0	23.6	15.5	60.8
عيادات الأسنان	38.3	15.5	46.2	47.5	19.9	32.6	45.4	19.6	35.0
مستشفيات الطب الشرقي	20.6	9.4	70.0	28.6	13.9	57.5	31.9	12.0	56.1
عيادات الطب الشرقي	66.4	19.5	14.1	63.2	17.9	19.0	65.4	22.5	12.1
الصيدلية	73.0	25.0	2.0	70.8	26.5	2.7	71.5	27.1	1.4

Source: Choi, et al. 2007

(١٣) يقال إن النظام السياسي السلطوي السابق قد أدخل التأمين الصحي الوطني بغرض تحقيق شرعية سياسية له، وتنمية للرفاه الاجتماعي (Kwon and Tchoue 2005)؛ لذلك حددت الحكومة أسعارا منخفضة للاشتراكات الأولية بغرض التوسع السريع في تغطية السكان، ولتقليل العبء المحتمل للتأمين الصحي على الصناعة والاقتصاد.

تصبح المشكلة في نظام خطط دفع رسم مقابل الخدمة وجدول أسعار شديد الانضباط للخدمات ، هي أن مقدم الخدمة يمتلك من الدوافع القوية ما يجعله يخلق بشكل مستمر طلبًا على الخدمات خارج التغطية - ذات أسعار لا تحكمها ضوابط وهكذا عادة ما تكون باهظة الثمن ومربحة للغاية- ويوصون مرضاهم بشرائها. وتصبح المشكلة أكثر خطورة عندما لا نجد سبل منهجية تحدد أمان وفاعلية وكفاءة هذه الخدمات على أساس شواهد علمية، وبذلك، لا يمتلك المرضى مصادر معلومات للتحقق من حكمهم عليها.

يظهر الجدول (٤) بيانات المسوح التي أجرتها هيئة التأمين الوطنية (NHIC) مع مقدمي الخدمات الصحية حول المنافع والخدمات خارج التغطية بين عامي ٢٠٠٤ و ٢٠٠٦. وكما نلاحظ في الجدول (٤) زادت التغطية الإجمالية للتأمين الصحي الوطني بقدر ما بين هذين العامين. وفي نفس الوقت، انخفضت النسبة المدفوعة مقابل الخدمات خارج التغطية بحوالي ٣، ٢٪ نقطة، ويعود ذلك بشكل كبير للتغيرات السياسية التي ضمنت تكلفة تكاليف وجبة المستشفى الغذائية إلى حزم المنافع التأمينية في ٢٠٠٦. فيما يتعلق بأنواع الخدمات المقدمة، بلغ معدل تغطية المستشفيات نسبة حوالي ٥٧- ٥٩٪ وتغطية العيادات ٦٩، ١٪. ومن الناحية الأخرى، بلغ معدل تغطية خدمات الأسنان والطب الشرقي نسبة منخفضة لحدود مقلقة. في ٢٠٠٦، ظل عبء الدفع من الجيب الشخصي مقابل استخدام خدمات الأسنان والطب الشرقي مرتفعًا وبلغ ما يصل إلى ٧٦، ٤٪ لخدمات الأسنان في المستشفى، ٥٤، ٦٪ لخدمات عيادات الأسنان، و ٦٨، ١٪ لمستشفيات الطب الشرقي، و ٣٤، ٦٪ لعيادات الطب الشرقي.



جدول رقم ٥: اتجاه مكونات ما يدفعه المريض من الجيب الشخصي (٢٠٠٤-٢٠٠٦)

العيادة الخارجية			الإقامة بالمستشفى			النوع
2006	2005	2004	2006	2005	2004	
-	-	-	23.3	22.6	23.5	غرف برسوم إضافية
21.8	5.1	3.2	25.9	17.6	13.1	رسوم استشارات خاصة
-	-	-	0.6	19.8	20.7	وجبة المستشفى الغذائية*
6.4	8.4	10.3	10.7	4.9	6.7	حقن
4.1	11.0	5.1	4.6	3.1	3.6	جراحات (داخلي)/علاج (خارجي)
13.4	23.1	18.8	6.6	4.6	5.2	اختبارات معملية
12.8	5.1	5.6	3.4	2.4	5.4	رنين مغناطيسي
20.4	19.3	24.4	6.4	5.2	11.0	موجات فوق صوتية
1.8	7.0	7.0	11.1	13.9	5.1	مستلزمات (داخلي)/ أشعة مقطعية أو أشعة عادية (خارجي)
19.3	21.0	25.6	7.4	5.9	5.8	أخرى
100%	100%	100%	100%	100%	100%	الإجمالي

Source: Choi, et al. 2007

\* أصبحت وجبة المستشفى الغذائية جزء من حزمة منافع التأمين الصحي الوطني في 2006

باستخدام المعايير التي تحدد العبء الواقع على المرضى نتيجة استخدامهم للخدمات خارج التغطية، كشف المسح أنه بعد تغيير سياسات حزم المنافع التأمينية في يونيو ٢٠٠٦، بضم وجبات المستشفى الغذائية إلى الحزمة، تغيرت نسب مكونات هذا العبء بشكل درامي بين عامي ٢٠٠٥، و٢٠٠٦. (جدول رقم ٥)

بالنسبة لخدمات المرضى داخل المستشفى، أصبحت حصة الوجبات الغذائية في التكلفة هامشية ولا تُذكر، بينما تضاعفت الحصة النسبية لرسوم استشارة الإخصائي. تشير رسوم الاستشارة الخاصة إلى رسوم إضافية، فوق ما يحدده جدول رسوم زيارات كبار الأطباء. استمر انتقاد هذه الممارسة والانزعاج منها لعدد من الأسباب. أول كل شيء، نظريا، بينما يجب تطبيق هذه الرسوم فقط على دائرة عدد قليل من

الأطباء الخبراء المتميزين ، إلا أنها تُطبَّق الآن على حصة واسعة من الأطباء . حالياً ، وصلت الآن حصة الأطباء "المتميزين" إلى ٨٠ ٪ من مجموع الأطباء . والأسوأ هو أن المرضى تُفرض عليهم هذه الرسوم الآن غالباً دون معرفتهم . وبينما نظرياً من المسموح للمرضى اختيار الأطباء ولا يحتاجون إلى دفع رسوم استشارة خاصة ، إنما في الواقع ، هناك عديد من الحالات المسجلة لمرضى اضطروا لدفع مثل هذه الرسوم ، أحياناً لعدم وجود خيار آخر وفي أحيان أخرى دون معرفتهم . يتراوح مقدار رسوم الاستشارة الخاصة ما بين ٢٠ ٪ إلى ١٠٠ ٪ تضاف إلى تكلفة صنف العلاج الواحد . في الإجمال ، يصل حجم الرسوم إلى ٤٠٠ مليون دولار أمريكي ، وهو ما يقارب ٧-٨ ٪ من إجمالي إيرادات المستشفيات في البلاد . وكما يوضح الجدول ٥ ، زادت حصة علاج العيادات الخارجية حوالي سبعة أضعاف بين عامي ٢٠٠٤ و ٢٠٠٦ .

بالنسبة لخدمات الإقامة داخل المستشفى ، ما زالت رسوم الغرف الإضافية تمثل حصة كبيرة -حوالي الربع- مما يدفعه المريض . جزء من السبب هو عدم وجود عدد كاف من الغرف الاعتيادية بالمستشفيات الكورية . في أحد المسوح ، قرر ٧١,٥ ٪ من المشتركين في البحث أنهم استخدموا غرفاً برسوم إضافية واضطروا للإقامة في مثل هذه الغرف ضد رغبتهم ، بسبب النقص في الغرف الاعتيادية .

#### ترتيبات المشاركة في الدفع

مطلوب من مرضى التأمين الصحي الوطني الكوري - كما في معظم الأنظمة الأخرى - دفع حصة معينة من إجمالي المدفوع كمشاركة منهم في تكلفة الخدمات الطبية التي يغطيها التأمين ، إضافة إلى دفع مقدار ليس قليلاً من تكلفة الخدمات الأخرى خارج تغطية التأمين . عموماً ، بالنسبة لخدمات العيادات الخارجية ، يجب أن يدفع المريض ٥٠ ٪ من تكلفة العلاج الذي يجري في مستوى الرعاية الثالث والمستشفيات العامة ، و ٤٠ ٪ لخدمات المستشفى ، و ٣٠ ٪ من تكلفة خدمات العيادات الخارجية وأدويتها (جدول ٦) . بالنسبة لخدمات الإقامة في المستشفى ، على المريض أن يتحمل ٢٠ ٪ من التكاليف الإجمالية للعلاج أثناء الإقامة . وإذا ما أخذنا في الاعتبار أن متوسط عدد

زيارات العيادات الخارجية مرتفع بشكل كبير في كوريا، وهو ١٤,١٣٪ زيارة لكل فرد في عام ٢٠٠٦، لذا يصبح حجم المشاركة في الدفع عاليا جدا، خصوصا بالنسبة - وبالتالي، يعتمد catastrophic diseases لهؤلاء الذين يعانون من كوارث مرضية - نظام الرعاية الصحية الكوري على حصة عالية من التمويل الخاص. ورغم الزيادة المستمرة في الإنفاق على الصحة طوال العقد الماضي - من ٣٨٪ من إجمالي الإنفاق الصحي في ١٩٩٠ إلى ٥٣٪ في ٢٠٠٥ - يظل نصيب الإنفاق العام على الصحة أقل بمقدار واضح عن متوسط الإنفاق الصحي في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية الذي يبلغ ٧٣٪. بمعايير نصيب القطاع العام في الإنفاق الصحي يأتي ترتيب النظام الصحي الكوري في قاع بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

كشف مسح قومي جرى في ٢٠٠٦ حول ما يدفعه المرضى من جيوبهم الشخصية أن نسبة ٣٨,٧٪ من إجمالي ما دفعه المرضى من جيوبهم جاء كالتالي: ٢٣,١٪ في صورة مشاركة المريض في الدفع - وهي النسبة المقررة بواسطة التأمين - والنسبة الباقية ١٥,٦٪ مثلت الدفع مقابل الخدمات خارج تغطية التأمين. فيما يتعلق بخدمات الإقامة في المستشفى، بلغ ما دفعه المرضى للخدمات غير المغطاة نسبة ٢٨,٧٪ وهو أعلى من قيمة المشاركة في الدفع التي كانت ١٦,٤٪ ومع ذلك، يتحمل المرضى الذين يعانون من الكوارث المرضية عبئا أكبر. في المتوسط، يدفعون ٤٨,٦٪ من إجمالي الدفع من جيوبهم الشخصية.

في محاولة لتخفيف أعباء المريض، جرت تغييرات مؤخرًا لتخفيض معدلات المشاركة في الدفع لفئات بعينها من المرضى أو الحالات المرضية. مثلا، بالنسبة للأطفال تحت ٦ سنوات من العمر، سوف تكون نسبة المشاركة في الدفع ٢١٪ لزيارات العيادة الخارجية (وهو ما يساوي ٧٠٪ من النسبة التي يدفعها البالغون). يدفع كبار السن، فوق ٦٥ سنة، مقدارا ثابتا (١,٥ دولار) لزيارات العيادة و ١,٢ دولار للصيديات. لتخفيض أعباء المرضى بكوارث مرضية معينة (السرطان وأمراض القلب وأمراض الدماغ)، في ٢٠٠٥، خفضت الحكومة سعر المشاركة في

الدفع مقابل الإقامة بالمستشفى من ٢٠٪ إلى ١٠٪. إضافة إلى ذلك، قدمت الحكومة في ٢٠٠٥ نظام سقف المشاركة في الدفع، لحماية المرضى من تضخم مبلغ ما يدفعونه كمشاركة. في ظل هذا النظام، يحصل المرضى على إعفاء من دفع المزيد من المشاركات عندما يتجاوز إجمالي المبلغ حداً معيناً (٢٠٠٠ دولار أمريكي) خلال ستة أشهر.

جدول رقم ٦: معدل المشاركة في الدفع

المنشأة التي تقدم خدمات الرعاية الصحية	نصيب المشاركة في الدفع
الإقامة الداخلية بالمستشفى	٢٠٪ من إجمالي تكلفة العلاج
المستشفيات التخصصية	رسم لكل زيارة إخصائي + ٥٠٪ من تكلفة العلاج
المستشفيات العامة	٥٠٪ من (تكلفة العلاج + رسم لكل زيارة إخصائي)
المستشفى	٤٠٪ من (تكلفة العلاج + رسم لكل زيارة إخصائي)
العيادة	٣٠٪ من (تكلفة العلاج + رسم لكل زيارة إخصائي)
الصيدلية	روشتة: ٣٠٪ من التكلفة الإجمالية للعلاج دون روشتة: ٣٠٪ من التكلفة الإجمالية للعلاج
Source: (NHIC 2007)	

ورغم هذه الجهود، لا يزال عديد من المشاكل باقياً في خطة المشاركة في الدفع الحالية. أولاً، بالنسبة للأفراد منخفضي الدخل، الحد الحالي بألفين دولار، والذي انخفض حالياً إلى ثلاثة آلاف دولار (في أغسطس ٢٠٠٧)، ما زال عالياً جداً. المشكلة الأكثر خطورة هو أن نظام سقف المشاركة يُطبَّق فقط على جزء المشاركة في الدفع وليس على كل ما يدفعه المريض من جيبه الشخصي، الذي قد ينتج عن استهلاكه لخدمات خارج التغطية التأمينية. وكما ذكرنا آنفاً، يأتي حوالي ٤٠٪ من إجمالي المدفوع من الجيب الشخصي بسبب الخدمات خارج التغطية.

أكثر من ذلك، ومع الاهتمام المتصاعد بالاستدامة المالية لنظام التأمين الصحي الوطني، تتحرك تغيرات السياسة نحو تخفيض النفقات. كمثال، سعر المشاركة في الدفع لتكلفة الوجبات الغذائية في المستشفيات، والذي كان ٢٠٪ عندما أصبح أحد منافع التأمين الصحي في ٢٠٠٦، ارتفع إلى ٥٠٪ في يناير ٢٠٠٨. كان المقترح من الأصل أن يصبح سعر المشاركة في الدفع بالنسبة لخدمات الإقامة في المستشفى للأطفال أقل من ٦ سنوات مساوياً لصفر، ولكنهم رفعوه فيما بعد إلى ١٠٪.

كان من المتوقع أن يعمل مخطط المشاركة في الدفع كأداة لمنع المخاطر الأخلاقية للمريض - الاستخدام الزائد عن الحد للخدمات الطبية. في ظل النظام الحالي، إضافة إلى أسعار المشاركة في الدفع العالية، غالباً ما يدفع المرضى مقادير حتى أعلى مقابل الخدمات والرسوم، التي لا يغطيها مخطط التأمين الصحي. تخلق هذه الأسعار، المتراكمة هنا وهناك، تخلق أعباء خطيرة على الأسر في حوادث السيارات المتنوعة، خصوصاً السكان الأكثر ضعفاً، مثل العاطلين عن العمل والعمال الموسمين والفقراء وكبار السن. وباعتبار أن الهدف الأكبر للتأمين الصحي الاجتماعي هو نقل المخاطر لحماية المرضى المعوزين، بترجمة الدفع من الجيب الشخصي إلى مساهمات محددة مدفوعة مسبقاً، يصيبنا الوضع الحالي للعبء العالي، الذي يتحمله المريض عند نقطة استخدامه للخدمات بالدهشة إذا ما كان منع المخاطر الأخلاقية هو قضية أكثر إلحاحاً من تقديم حماية كافية للمريض. ولكننا لا يمكننا تجاهل أن الحفاظ على استدامة النظام وإحباط الاستخدام المفرط وغير الضروري للخدمات هو هدف موضوعي للسياسة. إلا أنه للوفاء بجوهر أهداف التأمين الصحي الاجتماعي، من الضروري التغلب على الحواجز المنيعة التي تعرقل الوصول إلى الرعاية الصحية. وحتى إذا كانت مشاركة المريض في التكلفة (co-sharing) ذات فعالية في تحقيق هدفها بضمان الاستخدام الرشيد لموارد الرعاية الصحية إلى جانب احتواء الإنفاق الصحي العام، فيجب اعتبار فعالية هذه المشاركة في التكلفة مقارنة بالهدف الأولي من برنامج التأمين الصحي

الاجتماعي - حماية أعضاء المجتمع الضعاف بتمويل منصف وقدرة ملائمة للحصول على الرعاية الطبية عندما يكون ذلك ضروريا. أيضا يثير التطبيق الحالي لما يُدفع من الجيب الشخصي اهتماما وقلقا حول قضية الإنصاف؛ حيث إن الخطة التأمينية تسير في خط تنازلي - دفع نفس القيمة بغض النظر عن دخل المريض - مما ينتج عنها توزيع غير متساوٍ لعبء المرض المالي. تشمل المقترحات الحالية تعديل سقف مستوى الدفع من الجيب الشخصي بناء على مستوى الدخل، لتصحيح الخصائص التنازلية لخطة التأمين الصحي الحالية بوضع حدود عليا (caps) متعلقة بالدخل السنوي لما يدفعه الأفراد من جيوبهم الشخصية.

#### الحواجز الجغرافية

أيضا، قد يمثل التوزيع الجغرافي غير المتساوي للمنشآت الطبية حاجزا تميزيا أمام القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية. في كوريا، اللوائح الحكومية في جانب العرض من خدمات الرعاية الصحية لا تزال في حدودها الدنيا. لا يتم التوزيع الجغرافي للمنشآت الصحية بشكل مركزي، ولكنه متروك لتقدير مقدم الخدمات الخاص. المطلب الوحيد الذي يحكم فتح المستشفيات هو العدد الأدنى للأسرة والأقسام. تُعزى سياسة "دعه يمر" التي ينتهجها قطاع الرعاية الطبية الخاص إليها أنها السياسة المسؤولة عن تشويه توزيع موارد الرعاية الصحية عبر مناطق مختلفة، خصوصا بين المناطق الريفية والحضرية. يتركز حوالي ٩٢,١ ٪ من الأطباء و ٨٩,٦ ٪ من أسرة المستشفيات في المدن، مما يؤدي إلى قدرة غير متساوية للوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بين سكان الريف والحضر. وبشكل خاص، ٤٤,٢ ٪ من المؤسسات الطبية تقع في منطقة العاصمة سيول وحوالي ٨١ ٪ منها يتركز في أكبر ست مدن بكوريا.

بالنسبة للمرضى الذين يعانون من كوارث مرضية، يفرض التوزيع غير المتساوي للمنشآت أكثر المشاكل خطورة. على سبيل المثال، بالنسبة لمرضى السرطان الذين يحتاجون بشكل خاص علاج طويل الأمد وفي التوقيت السليم، تصبح القدرة على

الوصول جغرافيا حاسمة. إضافة إلى ذلك، حيث إن العلاج يتضمن رعاية طويلة الأمد، قرب المسافة يصبح حاسما بالنسبة لباقي أفراد العائلة أيضا. وفي دراسة استخدمت قواعد بيانات الإصابات الجديدة بالسرطان على المستوى القومي في عامي ١٩٩٩ و ٢٠٠٢ أظهرت الدراسة أن هناك تباينات إقليمية كبيرة في اكتفاء مرضى السرطان ذاتيا. وبينما تكون قدرة مرضى السرطان في المناطق الحضرية الكبرى على الوصول إلى الرعاية أكبر، لدى بعض المناطق مستوى متدن جدا من هذه القدرة، تتراوح بين ١٣% و ٢٧%. أيضا، عدم التوزيع الإقليمي المتساوي لمراكز طب الطوارئ، قد كانت دائما قضية سياسة مستمرة. وجدت دراسة أخيرة فحصت توزيع مراكز طب الطوارئ تباينا في التوزيع الجغرافي لهذه المراكز. وفي ملاحظة أكثر خطورة، هناك أيضا رصد لتباين غير متناسب في رأس المال البشري والمنشآت والأجهزة.

وكما في معظم بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية الأخرى، الشبكة العامة لمنشآت الرعاية الصحية الأولية في كوريا بما فيها المراكز الصحية، والمراكز الصحية الأدنى، ومكاتب الرعاية الصحية الأولية، قد تم تأسيسها لتملأ الفجوات في تقديم الخدمة الخاص في المناطق الريفية ومناطق أهل الصيد المحرومة من الخدمات. ومع ذلك، تظل أدوار هذه المنشآت هامشية (٢٠٠٣ OECD) وأنشطتهم الرئيسية محدودة بنطاق خاص، مثل الوقاية من الأمراض وتعزيز الصحي والتطعيم والتعامل مع الأمراض السارية، ورعاية الأم والطفل، وقليل من خدمات الرعاية العلاجية. أيضا، الأفراد الذين يستطيعون دفع نقود من جيوبهم الشخصية أعلى ورسوم علاجات خاصة يفضلون استخدام خدمة القطاع الخاص. وقد يخلق ذلك نظاما مزدوجا يقوم على أساس القدرة على الدفع -الخاص مقابل العام- الحفاظ على الجودة والموارد الملائمة داخل منشآت القطاع العام هو قضية مهمة لتجنب التباينات الأوسع في القدرة على الوصول.

## نتائج القدرة غير الكافية وغير المتساوية للوصول إلى الرعاية

### احتياجات دون رد ورعاية مؤجلة

تقاس الاحتياجات الناقصة (unmet needs) باستخدام منهجية التقييم الذاتي وعادة بواسطة إجراء مسح على عينة من الأفراد يجيبون على استبيان. ورغم تعرض القياسات الذاتية غالبا للانتقاد بسبب ذاتية الإجابات، إلا أنها تساعد على قياس ما يشعر الناس به نحو القصور ما بين احتياجاتهم وبين الاستخدام الفعلي للخدمات الطبية.

وتستخدم أساليب متنوعة لقياس هذه الاحتياجات التي لم تُوف. مثلا، في أحد المسوح الممولة فيدراليا (BRFSS)، والمصممة بواسطة مركز مكافحة الأمراض والوقاية الأمريكي (CDC) بالتعاون مع وزارات الولايات لمتابعة السلوكيات وعوامل الخطورة المرتبطة بالصحة بين سكان الولايات المتحدة، استخدم هذا المسح السؤالين التاليين لقياس القدرة غير الكافية للوصول إلى رعاية الطبيب:

١- "المرة خلال الاثني عشر شهرا الماضية عندما احتجت إلى زيارة طبيب، ولكنك لم تستطع بسبب النفقات"، و٢- "لم تقم بزيارة طبيب لإجراء فحص روتيني شامل خلال السنتين السابقتين". وفي مسح لقائمة النفقات الطبية (MEPS)، وهو مسح لعينة ممثلة على المستوى القومي تجريه الهيئة الأمريكية لأبحاث الرعاية الصحية والجودة (AHRQ) والمركز الوطني للإحصاء الصحي (NCHS)، تقاس الاحتياجات الناقصة بسؤال العائلات عما إذا كانوا قد "صادفوا صعوبات أو تأخير في الحصول على الرعاية الصحية" أو "هل لم يتلقوا الرعاية المطلوبة لواحد أو أكثر من أفراد العائلة".

في كوريا، استخدم المسح القومي للصحة والغذاء، الذي أجراه المعهد الكوري للصحة والشئون الاجتماعية، عينة لاحتمالات الشرائح ومتعددة المراحل (stratified multi-stage probability) للمنازل في كوريا الجنوبية تمثل السكان المدنيين غير المنتمين لمؤسسات وتضمن المسح سؤالا عن الاحتياجات الناقصة.



وجه هذا المسح سؤالاً للمشاركين عما إذا كانوا "خلال الاثنى عشر شهرا الماضية قد صادفوا أوقاتا لم يستطيعوا فيها تلقي الرعاية الضرورية". طبقا لبحث عام ٢٠٠٥ (عدد العينة = ٢٥٢١٥)، قرر حوالي ١٣,٦٥٪ من الذين أجابوا أنهم مروا بأوقات لم يستطيعوا فيها تلبية احتياجاتهم. كان السبب الأكثر انتشارا وراء هذه الاحتياجات الناقصة هو حاجز التكلفة. وقالت نسبة ٩٤,٧٢٪ من الذين قرروا أنهم لم يتلقوا الرعاية أو تأخروا في تلقيها أن ذلك كان لأسباب اقتصادية. وأظهرت دراسة أخرى قامت بتحليل نفس مجموعة البيانات أن وجود هذه الاحتياجات الناقصة ينتشر أكثر بين الفئات ذات الدخل الأقل. ونسبة الناس ذوي الاحتياجات الناقصة كانت ٣,٣٣٪ بين الفئة العمرية ٤٠-٦٤ إضافة إلى فئة أقل الدخل، حيث ظهر أن حوالي ثلث المشاركين في المسح في هذه الفئة لم يستطيعوا الحصول على الرعاية الضرورية أو تأخروا في الحصول عليها. وأفاد مسح جرى عام ٢٠٠٤ على ١٨٠٠ عائلة تحت أو قريبة من خط الفقر بشواهد أكثر تفصيلا عن القدرة غير الكافية للوصول إلى الرعاية الصحية. فطبقا لهذا المسح، قرر المتنفعون ببرنامج المعونة الطبية الذين هم تحت خط الفقر (٩, ١٧٪) وأولئك الذين يقعون تحت خط الفقر ولكنهم غير منتفعين بالبرنامج (٩, ٢٠٪) والعائلات التي تقع داخل ١٢٠٪ من خط الفقر (٧, ١٥٪) أنهم لم يستطيعوا زيارة الطبيب لأنهم لا يستطيعون تحمل التكلفة.

#### عدم المساواة في استخدام خدمات الرعاية الصحية

الإنصاف في استخدام خدمات الرعاية الصحية هو مؤشر يُستعمل مرارا في كثير من الدراسات؛ لنرى ما إذا كانت الرعاية متاحة للناس طبقا لاحتياجاتهم، وليس طبقا لاستعدادهم أو قدرتهم على الدفع. في كوريا، رغم الاعتقاد بأن المظالم في استخدام الرعاية موجودة عبر فئات سكانية متنوعة طبقا لمتغيرات اجتماعية اقتصادية -وضع الدخل والتوظيف- ومتغيرات سكانية -العمر والنوع والجنس- وعبر مناطق جغرافية، فإنه لا يوجد كثير من البحث حول هذه القضية. تكمن المصاعب المنيعَة أوليا في نقص مجموعات البيانات الجيدة. على سبيل المثال، لدى البيانات الإدارية

لمعهد الصحة الوطني وبيانات المسوح المشاكل النمطية لانعدام الدقة نتيجة لنقص أو الإفراط في التسجيل. المشكلة الخطيرة الأخرى في تقدير مظالم استخدام الرعاية هي مصاعب السيطرة على الاحتياجات الطبية. من الصعب متابعة ما إذا كانت صور التفاوت في الاستخدام تنشأ من الاختلافات في الاحتياجات. وضع الفئات الفقيرة ومنخفضة الدخل هو غالبا وضع أسوأ وهكذا، يحتاج بشكل أعظم إلى خدمات صحية ويميل إلى استخدام خدمات الرعاية الصحية أكثر. وحتى نقوم بتفسير صحيح، من المهم أن نقيس بشكل صحيح الاحتياجات الطبية المتوقعة بين الفئات الأقل اجتماعيا واقتصاديا. مثلا، أجرى واجستاف وفان دورسلير سلسلة من الدراسات الدولية المقارنة، على أساس مبدأ الإنصاف الأفقي - "الناس أصحاب الاحتياجات المتساوي للرعاية يعالجون بشكل متساو، بغض النظر عن سمات مثل الدخل ومحل الإقامة والجنس، إلخ" - وقاما بتقدير درجة المظالم في الاستخدام طبقا للدخل التي بقيت بعد المساواة المعيارية لمختلف الاحتياجات القابلة للقياس. متغيرات مثل العمر والنوع والتقرير الذاتي عن الحالة الصحية العامة ووجود درجة من محدودية أي من المشاكل أو العلل أو الإعاقة الصحية البدنية أو العقلية المزمنة، كل ذلك تم استخدامه كمؤشر مسبق على الحاجة إلى الرعاية الصحية.

في كوريا، دراسة كوون وآخرين (٢٠٠٣) استعملت مقارنة فان دورسلير وآخرين، ولخصت درجة المظالم في الاستخدام بمؤشر خاص (Hilwv Index)<sup>(١٤)</sup>. قررت الدراسة وجود درجة هامشية من المظالم في استخدام خدمات العيادات الخارجية وتفاوت ضعيف في صالح الفقراء (على الأرجح الفقراء مستهلكون أكثر) لخدمات الإقامة بالمستشفى. ومع ذلك، وجدت الدراسة أن الإنفاق على الرعاية

---

(١٤) هو مؤشر مُركَّب للاستخدام القياسي للاحتياجات. عندما تبلغ قيمة المؤشر صفرا، فذلك يعني إنصافا أفقيا: الناس أصحاب الاحتياجات المتساوية (رغم اختلاف دخولهم) يتلقون علاجا متساويا. وعندما تكون قيمة المؤشر موجبة، فذلك يعني إجحافا مناصرا للأغنياء، وعندما تكون القيمة سالبة، فذلك يعني إجحافا ينحاز للفقراء، وهو ما يعني أن أصحاب الدخول المنخفضة يسرفون في استخدام خدمات الرعاية أكثر من التوقعات المبينة على أساس الاحتياجات المقررة سلفا (أي معدل المراضة). لمزيد من المعلومات عن المؤشر انظر:

van Doorslaer and Masseria (2004), van Doorslaer, Masseria, and Koolman (2006), and van Doorslaer et al. (2000).

الصحية بين الأغنياء كان أكثر، مما يفترض وجود تفاوت في كثافة الاستخدام. ومؤخرا جدا، كيم وشوي (٢٠٠٧) خرجا أيضا بنتائج مماثلة لتفاوتات هاشية في الاستخدام الكمي ولكنهما وجدا أن الاتفاق في كل زيارة كان أعلى بقدر ملحوظ بين الفئات ذات الدخل الأعلى. كان هذا النمط أكثر بروزا بين الفئات الأكبر في السن.

#### عدم الإنصاف في الحالة الصحية

يشهد السكان في كوريا تحسنا مستمرا في الحالة الصحية طوال العشرين عاما الماضية، ليبلغوا مستوى مماثلا أو حتى أفضل من متوسطات بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. ارتفع معدل توقع البقاء على قيد الحياة عند الميلاد من ٩, ٦١ سنوات في ١٩٧٠ إلى ٧٨, ٥ سنوات عام ٢٠٠٥، بينما انخفضت معدلات وفيات الرضع والأطفال من ٤٥ لكل ألف في ١٩٧٠ إلى ٥, ٣ لكل ألف في ٢٠٠٢، وهو تقريبا نفس متوسط المستوى في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (٥, ٤ لكل ألف).

ومع ذلك فالمدى الذي تساهم به فعليا القدرة الأفضل على الوصول إلى الخدمات الطبية في تحسين الوضع الصحي ليس واضحا. في الواقع، تفترض معظم الدراسات أنه ربما تمتلك الخدمات الطبية في حد ذاتها تأثيرا محدودا على صحة السكان. على سبيل المثال، أظهرت دراسة أنه كان من الممكن تجنب حوالي ١٠-١٥٪ من الوفيات فقط في الولايات المتحدة بجودة أكثر وقدرة أفضل على الوصول إلى الرعاية الطبية. من المعتقد أن تحسن الصحة في إنجلترا طوال المائتي عام الماضية جاء في معظمه من التحسينات التي أدخلت على إمدادات الطعام وشروط البيئة الصحية والصرف أكثر من التدخلات الطبية. ومع ذلك، يظل فحص ما إذا كانت الفجوات في الحالة الصحية بين مختلف الأوضاع الاقتصادية الاجتماعية قد ضاقت عبر السنوات فتلك بلا شك أسئلة مهمة في حقل السياسات العامة يجب أن نسأله عندما ندرس قضايا الوصول إلى الرعاية الصحية.

في كل أمة، عدم تساوي الحالة الصحية هو أمر لا يمكن تجنبه إلى حد ما. وجود الناس في أوضاع صحية مختلفة يعود لعديد من العوامل، لتشمل الاختلافات الوراثية والسلوكية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية بينهم. لذلك، أسئلة مثل كم قدر التفاوت القائم بين الفئات وإذا ما كان حجم التفاوت يتغير عبر الزمن، هي أكثر أسئلة السياسات العامة ذات الصلة أكثر من الأسئلة التي تبحث عن تحديد ما إذا كان الوضع الصحي غير المتساوي قائما بين الفئات أم لا.

عدم المساواة في معدل الوفيات كان أحد المؤشرات التي خضعت أكثر من غيرها للدراسة. ففي دراسة مع ٧٥٩٦٦٥ كوريا من موظفي الخدمة العامة الذكور، تتراوح أعمارهم بين ٣٠ و ٦٤ عاما، وجدسونج وبايون (عام ٢٠٠٠) أن الفئات الاقتصادية الاجتماعية الأدنى تتعرض لمخاطر وفيات أعلى من معظم أسباب الوفاة عند مقارنتها بأعلى الفئات الاقتصادية الاجتماعية بترتيب الأسباب الخارجية للوفاة التي يمكن تجنبها وكل أسباب الوفاة وكل الأسباب التي لا يمكن تجنبها. وجد خانج وآخرون (٢٠٠٤) باستخدام تعداد كوريا لعام ١٩٩٥ وبيانات شهادات الوفاة ١٩٩٥-٢٠٠٠ أن الفروق التعليمية المتدرجة في الوفيات ملحوظة بين كلا الجنسين، بمعدلات وفاة أعلى تتصل بالتحصيل التعليمي الأقل في معظم أسباب الوفاة. في دراسة أخرى، باستخدام عشر سنوات من بيانات التعداد (١٩٩٠-٢٠٠٠) وبيانات شهادات الوفاة إلى جانب المسح الإحصائي الاجتماعي من مكتب الإحصاء الوطني لكوريا، قرر خانج وآخرون (٢٠٠٤) أن المستويات النسبية للتفاوت الاقتصادي الاجتماعي في الوفيات ظل فعليا دون تغير في الرجال والنساء خلال العشر سنوات الماضية.

### إنفاق الكوارث الصحية

من المعروف أن تكلفة الرعاية الصحية هي واحدة من العوامل التي تساهم في زيادة الفقر في العديد من البلدان. عندما تكون الخدمات الصحية المتاحة غالية الثمن عند نقطة تقديم الخدمة، وعندما تكون شروط الحماية المالية غير كافية، تدفع تكلفة

المرض الناس إلى الفقر وتحرمهم من سبل الوصول إلى الرعاية الصحية الضرورية. حماية الناس من عبء الكوارث الاقتصادية هي واحدة من أكثر أهداف نظم التأمين الاجتماعي أهمية.

لا ينتج دائما عن الفواتير الصحية الضخمة عبء اقتصادي فادح. قد لا تمثل التكلفة الطبية العالية إنفاقا صحيا فادحا عندما لا تسبب الفاتورة عبثا فادحا في حالة امتلاك الأسرة لحماية تأمين صحي جيدة أو إذا كانت هذه الأسرة ميسورة بالقدر الذي تستطيع به تحمل الفواتير المرتفعة. من الناحية الأخرى، حتى عندما تكون رسوم الخدمة الطبية متواضعة، فقد تحدث كارثة، إذا ما تكرر استخدام هذه الخدمة الطبية كثيرا بما يكفي لحدوث ذلك. وبينما تختلف الآراء حول المستوى الذي يحدد كمية الإنفاق الذي يُعتبر كارثة، يفترض چو وآخرون (٢٠٠٣) أن ٤٠ ٪ من إنفاق المنازل على الأقل هو إنفاق على الرعاية الطبية.

كشفت الدراسات الأخيرة حول إنفاق الأسر على الصحة أن الإنفاق الفادح على الصحة (الكارثة) أكثر وضوحا بين الأسر ذات الدخل الأقل في كوريا. وطبقا لدراسة استخدمت بيانات المسح الوطني لدخل وإنفاق الأسر، أنفق المنزل الكوري في المتوسط حوالي ٩٥ دولارا شهريا عام ٢٠٠٥، وهذا ما يمثل حوالي الضعفين لما كان يُنفق في ١٩٨٥ (عند معادلته بأسعار عام ٢٠٠٥)، مما يمثل زيادة حوالي ٣٦,٤ ٪ في إنفاق الأسرة. لا يُوزع العبء الاقتصادي الناتج عن استخدام الرعاية الصحية بالتساوي منسوبا لمستوى الدخل.

تنفق المنازل منخفضة الدخل نسبيا حصة من دخلها على الخدمات الصحية أعلى من المنازل الثرية. يظهر الجدول ٧ اتجاه حصة المنازل في الإنفاق الصحي الفادح (الكارثة الصحية). من الجدول نستطيع ملاحظة أنه أولا قد يبدو تطبيق برنامج التأمين الصحي الوطني قد قلل بشكل مؤكد العبء الاقتصادي الناتج عن النفقات الطبية. في ١٩٨٥، قبل تنفيذ البرنامج التأميني، كانت حصة المنازل في الإنفاق الصحي الفادح

تمثل ١,٤٥ ٪، وهبطت إلى ١,٠٥ ٪ في ٢٠٠٥. تفترض البيانات أيضاً أن نفقات الرعاية الصحية تفرض عبئاً أكثر غرماً على الفئات ذات الدخل الأقل. في ٢٠٠٥، من بين الفئات ذات أقل الدخل، عانى ٦,٢٤ ٪ من المنازل من إنفاق طبي كارثي، وهو ما كان أعلى من المتوسط بست مرات.

جدول رقم ٧: اتجاه حصة المنازل ذات الإنفاق الصحي الكارثي*					
مستوى إنفاق المنازل	١٩٨٥	١٩٩٠	١٩٩٥	٢٠٠٠	٢٠٠٥
الأقل	٣,٦٤ ٪	١,٧٦ ٪	٤,٧٠ ٪	٣,٦٠ ٪	٦,٢٤ ٪
٢	٢,٣٤ ٪	٠,٧٦ ٪	١,٢٨ ٪	٠,٩٥ ٪	٢,٠٨ ٪
٣	٢,٠٧ ٪	٠,٢٥ ٪	٠,٢١ ٪	٠,٧٦ ٪	٠,٦٤ ٪
٤	١,٠٤ ٪	١,٠١ ٪	٠,٢١ ٪	٠,٥٧ ٪	٠,٣٢ ٪
٥	١,٨٢ ٪	٠,٢٥ ٪	-	-	٠,٦٤ ٪
٦	٠,٧٨ ٪	٠,٢٥ ٪	٠,٢١ ٪	٠,١٩ ٪	٠,١٦ ٪
٧	١,٣٠ ٪	-	-	٠,٣٨ ٪	٠,١٦ ٪
٨	٠,٢٦ ٪	-	٠,٢١ ٪	٠,١٩ ٪	٠,٣٢ ٪
٩	١,٣٠ ٪	-	٠,٢١ ٪	-	-
١٠	-	-	-	-	-
المتوسط	١,٤٥ ٪	٠,٤٣ ٪	٠,٧٠ ٪	٠,٦٦ ٪	١,٠٥ ٪
N	٣٨٥٤	٣٩٧٢	٤٦٨٩	٥٢٨٨	٦٢٥٧

Source: (Huh et al. ٢٠٠٨).

ملاحظة: هنا، الإنفاق الطبي يتكون من الإنفاق على الدواء والخدمات الطبية والتطبيقات الطبية. ربما يكون تقدير المعدلات منخفضاً على الأقل لسببين: ١- يستثنى المسح شخصاً واحداً من المنازل و ٢- فشل المسح في ضم المناطق الريفية قبل ٢٠٠٣.

\*الإنفاق الصحي على الكوارث الطبية يُعرّف بأنه الإنفاق الذي يساوي أو أكبر من ٤٠ ٪ من إجمالي إنفاق المنزل، دون الإنفاق على الغذاء.

وبينما يمثل معدل إصابة الأسر الجديدة بكارثة الإنفاق الصحي الفادح مؤشرا جيدا لقياس قدرة النظام الصحي على حماية أفرادها من الأمراض غير المتوقعة، فإنه ربما لا يمسك تماما بالأثر الذي يخلفه عدم القدرة الكافية للوصول إلى الرعاية الصحية؛ حيث إن العديد من المنازل الفقيرة قد ترى عدم البحث عن الرعاية الصحية بدلا من السقوط أكثر في دوامة العوز والحاجة. وكما شدد چو وآخرون (٢٠٠٣)، يمتلك أسلوب الدفع من الجيب الشخصي تأثيرا مزدوجا محتملا، هو زيادة إفقار بعض المنازل الفقيرة التي تقرر البحث عن الخدمات الصحية واستبعاد البعض الآخر من السعي إلى الخدمات الصحية. ويدافع چو عن أن آليات الدفع مسبقا والمشاركة في تحمل المخاطر (risk-pooling)، مثل التأمين الاجتماعي، بدلا من آليات رسوم الخدمة التي تدفع عن نقطة الاستخدام، سوف توفر حماية أفضل للمنازل تجعلهم لا يؤجلون العلاج الطبي الضروري أو يهجرونه.

## الخلاصة

توسع النظام الصحي الكوري سريعا. خلال التسعينيات، تضاعف معدل نمو الإنفاق الصحي مرتين عن متوسط النمو عبر بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٥، بلغ معدل النمو في الإنفاق الصحي للفرد في كوريا ٨,٧ ٪ سنويا، بينما كان المتوسط في بلدان التعاون الاقتصادي والتنمية ٤,٣ ٪ فقط.

ورغم هذا النمو الملحوظ، ما زالت هناك مساحة لمزيد من توسع نظام الرعاية الصحية الكوري وضبطه. ما زالت نسبة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي في كوريا من أقل المستويات بين بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. مر فقط ثلاثون عاما منذ ميلاد برنامج التأمين الصحي الوطني، وتكتسب قضية إطار المستقبل واكتشاف القيمة المحركة للنظام أكثر أهمية من اكتشاف نجاحات الماضي وإخفاقاته.

في الإجمال، تظهر مؤشرات القدرة على وصول الأشخاص إلى خدمات الرعاية الصحية دليلا على التقدم المستمر طوال العقد الماضي. ومع ذلك، وحتى مع هذا الإنجاز الملحوظ في تأسيس تأمين صحي شامل، ما زلنا نحتاج إلى جهود مثابرة ومُنسقة لضمان قدرة منصفة وكافية للوصول إلى الخدمات الصحية الضرورية. النجاحات في توسيع تغطية السكان تقابلها من الناحية السلبية تغطية بمنافع تأمينية ضعيفة ومشاركة عالية في الدفع يتحملها المريض. يبطئ معظم مؤشرات القدرة على الوصول إلى الخدمة التي فحسناها في هذه الدراسة انقساما متناميا بين من يملكون، ومن لا يملكون في المجتمع. حماية الصحة هو استحقاق يمنحه الدستور في كوريا كحق. ورغم ذلك، يظهر عمل نظام التأمين الصحي الوطني طوال الثلاثين عاما أن مثل هذا الإعلان عن الحقوق قد يظل مفهوما اسميا بدلا من كونه حقا قابلاً للتنفيذ لبعض فئات السكان. فيما يتعلق بالقدرة على الوصول إلى الرعاية واستخدامها والوضع الصحي من الناحية الجغرافية، نرى بشكل متكرر عواقب لعدم المساواة من الناحية الإقليمية وطبقا للفئات الاجتماعية.



اتخذت الحكومة الكورية مؤخرًا عددًا من الخطوات ، استجابة للطلب المستمر على حماية أفضل ، من خلال تدابير مثل توفير تغطية مدعومة بحزم منافع ، وتخفيض لما يدفعه المستهلك ، وتغطية خاصة لأصحاب الكوارث المرضية. لسوء الحظ ، ورغم هذه الجهود التي تستهدف توسيع القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية ، آفاق الوفاء بهذه الخطط الطموحة ليست بـ راقية . فرغم الوعود الأولية بتوسيع قائمة هذه الأمراض لتشمل عشرة أمراض جديدة بحلول عام ٢٠٠٨ ، تجمدت البرامج التي تقدم حماية أفضل للأشخاص المصابين بعدد من الكوارث المرضية المختارة بسبب المصاعب الفنية والسياسية في انتقاء هذه الأمراض الإضافية. جعل القلق المتصاعد حول الاستقرار المالي خطط الحكومة بتغطية ٨٠ ٪ من تكلفة وجبات المستشفيات إلى أن تنكمش لخطط مشاركة في دفع نصف التكلفة فقط . وبالمثل سحبت الحكومة للمراجعة خطة المشاركة صفر في الدفع بالنسبة للأطفال تحت ست سنوات . ومع الضغوط المالية في المستقبل والمطالب المتزايدة لكبار السن الذين تتزايد نسبتهم بين السكان والتوقعات الجماهيرية بإمكانيات طبية أكبر مع عدم استعداد الجمهور لدفع مساهمات تأمينية أكبر ، كل ذلك يعرض خطط مزيد من توسيع تغطية برنامج التأمين الصحي الوطني لمصاعب كبيرة كما هو متوقع .

أكثر من ذلك ، يبدو أن التغيرات الأخيرة في الفكر السياسي للحكومة وتحولها الأيديولوجي الحاد تدفع لمزيد من إثارة هذه الهوموم . وتحت ضغط الاقتصاد الكوكبي والليبرالية الجديدة ، حيث يتم تعريف الدولة بوصفها سببًا بدلا من علاج الأزمة الاقتصادية ، بسبب عدم كفاءتها في إدارة المشاريع الإنتاجية ، والخدمات مع تصاعد النفقات الاجتماعية مثل الصحة والتعليم والأمن الاجتماعي نحن نواجه مناخ سياسات يفضل التحول لقيم التجارة واللامركزية والخصخصة . وهكذا ، تجد مفاهيم مثل الكفاءة والفعالية وعلاقة المنفعة بالتكلفة وحرية الاختيار واللامركزية انتباهًا أكثر مما كان في السابق أبدا .

التشديد الحديث على التكنولوجيا الحيوية (biotechnology) وصناعة الخدمات

الصحية هي مثال جيد. وكوريا هي أحد الأماكن التي يعدنا فيها آخر ما وصلت إليه التكنولوجيا وطرق العلاج من تقدم بتوفير فرص ثمينة لضمان وتحسين القدرة على وصول إلى الرعاية الطبية لأهلها. على سبيل المثال، تنال التكنولوجيا الحديثة في الصحة الإلكترونية (e-health) وطب التواصل عن بُعد (telemedicine) اهتماما بسبب قدرتهما على تقديم طرق أفضل للوصول إلى التكنولوجيا وطرق العلاج الحديثة في الوقت السليم لهؤلاء الذين يقيمون في مناطق نائية.

ومع ذلك، على الوجه الآخر من هذا الإنجاز، التشديد على الجانب التجاري لهذه التكنولوجيا الجديدة يدفع تيار السياسة الصحية لهذا البلد نحو اتجاهات غير متوقعة. وضع الخدمات والتكنولوجيا الطبية في إطار "سلع" ممتازة للازدهار الاقتصادي قد جلب انحرافا أيديولوجيا رئيسيا، مما جعل السياسة الحكومية تشدد على الميل نحو أوجه الكفاءة والربحية بدلا من المساواة والكفاية. في ظل هذه الخلفية، يتزايد الشعور بالرعاية الصحية بوصفها قطاعا تجاريا. وهذا يفترض أننا نواجه اختيارا أيديولوجيا صارما، بين قيمتين متضاربتين: الرعاية الصحية كسلعة عامة، تقوم على قاعدة مسئولية الدولة في توفير الحقوق الاجتماعية للكل، أو كسلعة سوقية من منظور النموذج الاقتصادي. وفي ظل حكم يفضل التجارة والخصخصة، لا تستطيع الرعاية الصحية أن تبقى - أكثر من ذلك - حقا شاملا. الحكومة مسئولة عن تحقيقه ولكن من الممكن تعريفها في هذه الحالة، كسلعة مطروحة في الأسواق، مسموحة فقط للقادرين بحرية الاختيار بين مقدميها. يشير إيريارت وآخرون (٢٠٠١) إلى أن هذا التغيير هو تغير جوهري في المعنى؛ حيث تتوقف الصحة عن أن تكون خيرا عاما وتصبح سلعة خاصة.

إذا ما كان لنا أن نستمر في الاعتقاد بأن الرعاية الصحية يجب أن تدار على قاعدة الأولويات والمسئولية العامة بدلا من مبادئ الكفاءة والسوق، في السياق الحالي للتوسع في اجتياح الممارسات التجارية والخصخصة لنظام الرعاية الصحية، يصبح التحدي هو تطوير نظام سياسة عامة سليم في مؤسساته، وفي سياقه يفى بالقصد الأصلي لنظام

الرعاية الصحية في حماية الناس من الأمراض غير المتوقعة والعبء الاقتصادي . وبشكل أكثر تخصصاً ، حتى نحقق قدرة كافية وفعالة للوصول إلى الرعاية الصحية بين كل السكان ، سوف تكون المهمة المستقبلية للحكومة الكورية هو التعامل مع قضايا مثل إطار العمل التنظيمي الضعيف ، ونقص الإجماع حول المبادئ الحاكمة للنظام ، ومساهمات الاشتراك الأولي المنخفضة ، والخطة المالية غير المستدامة .

يعكس النظام الصحي في البلاد تاريخه وثقافته وموارده وقيمه وقدراته الإدارية المتنوعة . تتخذ نظم الرعاية الصحية شكلها بواسطة السياق الخاص لتطور النظام الصحي الوطني . إلا أنه يظل - رغم ذلك - عاملاً جوهرياً وهو تحقيق الإجماع بين عناصر المجتمع حول الغرض من نظام الرعاية الصحية - يقوم النظام الصحي لحماية وتحسين صحة الشعب بواسطة تقديم رعاية صحية مهنية وقابلة للمحاسبة للجميع . ولا حقا ، يجب تصميم السياسات المتعلقة بطبيعة ومدى عملية تقديم خدمات الرعاية الصحية حتى تحقق القصد من وراء الرعاية الصحية .



## المراجع

- A Etzioni, *The New Golden Rule – Community and Morality in a Democratic Society* (New York: Profile Books, 1997).
- C. Cameron and J. McCallum, "Private health insurance choice in health: The role of long-term utilisation of health services", in *Economics and Health: 1995*, (Sydney: School of Health Services Management, UNSW, (1996)
- C. Cameron and P. K. Trivedi, "The role of income and health risk in the choice of health insurance: Evidence from Australia", *Journal of Public Economics* (1991)
- C. Cameron, P. K. Trivedi, F. Milne and J. Piggott, "Microeconomic model of the demand for health care and health insurance in Australia", *Review of Economic Studies* (1988)
- den Exter and M. Buijsen, "Keuze voor Solidariteit. Kanttekeningen bij het Voorstel Zorgverzekeringswet," ("In Favour of Solidarity," in Dutch) *TvGR (Journal of Dutch Health Law)* 1 (2005)
- E. Latorre, "La reforma de la salud: Una obligación social", *Foro*, Septiembre 2004.
- Elliot, *Is Medicare Universal? Research Note No. 37 2002-03*, Canberra, Department of the Parliamentary Library (2003)
- Maynard, "How to Defend a Public Health Care System: Lessons From Abroad"
- Otting, "The supervisory machinery for implementation of the Code: Introduction, working methods and practical examples" in Council of Europe (ed.), *Social security training course on the study of standard-setting instruments of the Council of Europe in the field of social security* Compendium of working documents, 2000,
- P. den Exter (ed.), *Competitive Social Health Insurance; Yearbook 2004* (Rotterdam: Erasmus University Press, 2005); and: "De Zorgverzekeringswet en GATS: een controverse?" In E. Ten Napel en A. Hendriks (eds.), *De veellagige rechtsorde* (The Hague: Kluwer Law International, 2007)
- P. den Exter and H. E. G. M. Hermans, "The Constitutional Right to Health Care," *European Journal of Health Law* 3 (1998)
- P. den Exter and H. E. G. M. Hermans, eds., *The Right to Health Care in Several European Countries* (The Hague: Kluwer Law International, 1999)
- P. den Exter, "The Right to Health Care in International Law," in A.P. den Exter and J. Sndor (eds.), *Frontiers of European Health Law* (Rottendam: Erasmus University Press, 2003)
- P. van der Mei and L. Waddington, "Public Health and the Treaty of Amsterdam," *European Journal of Health Law* 2 (1998)

- Padarath, C. Searle, Z. Sibiya, E. Williams and M. Ntsike, *Understanding barriers and challenges to community participation in HIV and ARV services*, 3rd Public Health Conference 2006 'Making health systems work', Midrand, South Africa (2006).
- A.E. Walker, et al., "Public policy and private health insurance: distributional impact on public and private hospital usage." *Australian Health Review*, (2007)
- A.P. den Exter. "Blending Private and Social Health Insurance in the Netherlands: Challenges Posed by the EU" in C.M. Flood, K. Roach and L. Sossin (eds.), *Access to Care Access to Justice. The Legal Debate over Private Health Insurance in Canada*. (Toronto: University of Toronto Press, 2005),
- Appeal court's Hertogenbosch July 2, 1990 (RZA 1990)
- C. A. Toebes, *The Right to Health as a Human Right in International Law* (Antwerp: Intersentia, 1999)
- Mason Meier and A.M. Fox. "Development as Health: Employing the Collective Right to Development to Achieve the Goals of the Individual Right to Health." *HRQ* 30.355-259 (2008)
- Burrows, K. Brown and A. Gruskin (1993), "Who buys health insurance? A survey of two large organisations", *Australian Journal of Social Issues*, (1993)
- DeNavas-Walt, B. D. Proctor, and C. H. Lee, *Income, Poverty, and Health Insurance Status in 2005*, (Washington, D.C.: U.S. Census Bureau, 2006)
- Flood and T. Archibald, "The Illegality of Private Health Care in Canada", *Canadian Medical Association Journal* 825 (2001), lbu (6).
- M. Flood (ed.), *Just Medicare: What's In, What's Out, How We Decide* (Toronto: University of Toronto Press, 2006).
- M. Flood et al (ed), *Access to Care, Access to Justice: The Legal Debate over Private Health Insurance in Canada* (Toronto: University of Toronto Press, 2005).
- M. Flood, "Chaoulli's Legacy for the Future of Canadian Health Care Policy", *Osgoode Hall Law Journal*, 273-310 (2006).
- Newdick, "Accountability for Rationing – Theory into Practice" (2005) 33 *Law, Medicine and Ethics* (2005)
- Newdick, "Exceptional Circumstances – Access to Low Priority Treatments After the Herceptin Case," 1 *Clinical Ethics* (2006)
- Newdick, "The Positive Side of Health Care Rights," S.A.M. McLean (ed), *First Do No Harm – Law, Ethics and Health Care* (Ashgate: Aldershot 2006)
- Newdick, *Who Should We Treat? –Rights, Rationing and Resources in the NHS* (Oxford: Oxford University Press, 2005).
- Colleen M. Flood, "Just Medicare: The Role of Canadian Courts in Determining Health Care Rights and Access". *J. of Law, Medicine & Ethics*, (2005)
- Constitution of the World Health Organization, New York, June 19th – July 22nd 1947.
- Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine, Oviedo 4.IV.1997, ETS No. 164.

- Hindle and I. McAuley, "The effects of increased private health insurance: a review of the evidence." *Australian Health Review* (2004)
- Pieters and B. Zaglmayer, *Social Security Cases in Europe: National Courts*, (Antwerpen: Intersentia, 2006), and Kapuy, et al. *supra* note 35.
- Schofield, *The distribution and determinants of private health insurance in Australia, 1990*, Discussion Paper No. 17, Canberra: National Centre for Social and Economic Modelling, University of Canberra (1997).
- D.D. Raphael, *Concepts of Justice*, (Oxford: Oxford Univ Press, 2001)
- D.M. Gibson and Goodin, R. E., *The Veil of Vagueness: A Model of Institutional Design*, in M. Egeberg and P. Lægreid (eds.) *Organizing Political Institutions: Essays in Honour of Johan P. Olsen*, (Oslo: Scandinavian University Press, 1999)
- Den Haag: Boom Juridische uitgever, 2004
- Imesch, "The European Code of Social Security: General structure and those parts of the Code not relating to pensions", in Council of Europe (ed.), *Compilation social security training course*, 1998, (63), 68
- Pellegrino, "The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from Professional to a Market Ethics," (1999)
- E.G. Whitlam, 'The alternative National health programme'. *Australian Journal of Social Issues*, (1968)
- E.g., A. P. den Exter, "De Europese kwetsbaarheid van de Zorgverzekeringswet (EU legal implications of the new Health Insurance Act)," *NJB, Dutch Law Journal* 2 (2005),
- E.g., *Stubbings and Others v. the United Kingdom*, judgment on October 22, 1996 (Reports 1996-IV): 1505, 62.
- *European Social Charter*, Turin, October 18th 1961.
- den Hartogh, *Gift of bijdrage, Over morele aspecten van orgaandonatie* (Den Haag, Rathenau Instituut, 2003).
- A. G. Temmink, "Kroniek van het Europees recht," *Nederlands Juristenblad* 31 (2001), 1502.
- D. C. Roscam Abbing, "Public Health in the Treaty of Amsterdam," *European Journal of Health Law* 2 (1998)
- Zhao, H. Yang, et al., *Impact of Hospital regulation policies Health Policy In Transition: the Challenges for China*. (Beijing: Peking University Press (forthcoming), 2008).
- H.L.A. Hart, "Between Utility and Rights", in A. Ryan (ed), *The Idea of Freedom* (Oxford: Oxford University Press, 1979)
- Berlin, *Four Essays on Liberty* (Oxford: Oxford University Press, 1979).
- A. Graves and S. K. Long, *Why Do People Lack Health Insurance?*, (Washington: Urban Institute, 2006)

- Castilla, J. Del Romero, V. Hernando, B. Marincovich, S. Garcia and C. Rodriguez, "Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (2005) 1, p. 96-101.
- Duckett, "Making a difference in health care", in S. Ryan and T. Bramston (eds.) *The Hawke government: A critical perspective*, (North Melbourne: Pluto Press, 2003)
- Gao, and S. Tang, "Health insurance and hospitalisation in urban China: bending to the wind of change". *World Hospitals and Health Services* (2002)
- Gao, J. Qian, et al., "Health equity in transition from planned to market economy in China". *Health Policy and Planning* (2002)
- J. Hall, R. De Abreu Lourenco, et al. "Carrots and sticks - the fall and fall of private health insurance in Australia." *Health Economics* (1999)
- J. R. G. Butler, "Policy change and private health insurance: Did the cheapest policy do the trick?" *Australian Health Review* (2002)
- J. R. J. Richardson, 'Social values, efficiency and Medicare' presentation to seminar at Australian Health Policy Institute, 22 May (2003).
- J. Rawls, *A Theory of Justice* (Oxford: Oxford University Press, 1971)
- J. S. Deeble, *The private health insurance rebate: Report to State and Territory Health Ministers, National Centre for Epidemiology and Population Health, The Australian National University* (2003).
- J. S. Ross, et al., "Use of Health Care Services by Lower-Income and Higher-Income Uninsured Adults", *Journal of the American Medical Association* (2006)
- J. Smith, 'Tax expenditures and public health financing in Australia', *The Economic and Labour Relations Review* (2001)
- J. Verstraeten, "Solidariteit in de katholieke traditie", in E. de Jong en M. Buijsen (eds) *Solidariteit onder druk? Over de grens tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid*, (Nijmegen: Valkhof Pers, 2005)
- John Williamson, "Did the Washington Consensus Fail?" (Speech to the Center for Strategic & International Studies, 6 November 2002), at <http://www.iie.com/publications/papers/williamson1102.htm>.
- Brameld, D. A. Holman, et al., "Possession of health insurance in Australia-how does it affect hospital use and outcomes?" *Journal of Health Services & Research Policy* (2006)
- Cullinan, "Antiretroviral roll-out could be just the tonic - or a bitter pill", *Sunday Times*, 28 September 2003.
- K. J. Arrow, "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review* (1963)
- K. Kapuy, D. Pieters and B. Zaglmayer, *Social security cases in Europe: The European Court of Human Rights*, (Antwerpen: Intersentia, 2007)



- K. Kiragu, T. Ngulube, M. Nyumbu, P. Njobvu, P. Eerens and C. Mwaba, "Sexual risk-taking and HIV testing among health workers in Zambia", *AIDS and Behaviour* (2006) 1, p. 131-136
- K. Pillay, "Implementing Grootboom: Supervision Needed" *Economic and Social Rights Review* (2002) 3
- K. Swartz, *Reinsuring Health: Why More Middle-Class People Are Insured and What Government Can Do*, (New York: Russell Sage Foundation, 2006)
- K. van der Wal, "Vrijheid, gelijkheid en broederschap?", in K. van der Wal (ed.) *Vrijheid, gelijkheid en broederschap? Betekenis en huidige relevantie van het devies van de Franse Revolutie*, (Budel: Damon, 2004)
- Hardcastle, "Case Comment: Cilinger c Centre Hospitalier de Chicoutimi", *Health LawReview* (2006)
- Segal, "Why is it time to review the role of private health insurance in Australia." *Australian Health Review* (2004)
- L. Sonder, 'The Accord, the communique and the budget', *The Australian Quarterly*, (Winter) (1984)
- lian Health Review (2004)
- A. O'Loughlin, "Conflicting interests in private hospital care", *Australian Health Review* (2002)
- Buijsen, 'De betekenis van solidariteit in de gezondheidszorg'
- M. Egger, et al., supra note 38
- M. Giguere, Mercer Human Resource Consulting Communiqué : Québec Improves Specialized Access and Provides Limited Private Health Insurance Access, (2007), <http://www.mercerhr.com/>
- M. Jackman, *The Implications of Section 7 of the Charter for Health Care Spending in Canada*, Commission on the Future of Health Care in Canada, Discussion paper 31 (2002).
- M. M. Sepúlveda Carmona, "The Obligations of the State under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights." (Utrecht University diss., 2002)
- M. R. L. Wooldridge, *Health policy in the Fraser years - 1975-83*, MBA thesis, Monash University, Melbourne (1991).
- M. Roseman and S. Gruskin, *HIV/AIDS & human rights in a nutshell*, Harvard School of Public Health and International Council of AIDS Service Organisations (ICASO), Toronto (2004).
- M. Sandel, *Liberalism and its Critics* (New York University Press, 1984).
- M. Sandel, *Liberalism and the Limits of Justice* (Cambridge University Press, 2nd ed, 1998)
- M. W. Wetters-Bronsgest. "Eigen bijdragen aan een zijden draadje? (Own payments by a threat, in Dutch)," *Rechtspraak Zorgverzekering*, RZA (2004)

- M. Walzer, *Spheres of Justice: a defense of pluralism and equality*, (New York: Basic Book, (1983).
- M. Wang, "The phase change: development trend and policy orientation of the Chinese economy (zhong guo jing ji de jian duan bian hua, fa zhan qu si he zhen che fang xiang)." *China Development Review* (2002)
- M.-K. Lim, H. Yang, et al., "China's evolving health care market: how doctors feel and what they think." *Health Policy* (2004)
- Daniels and J. Sabin *Setting Limits fairly – Can we Learn to Share Medical Resources?* (Oxford: Oxford University Press, 2002).
- Daniels, W. Flores, et al., "An evidence-based approach to benchmarking the fairness of health sector reform in developing countries." *Bull World Health Org.* (2005)
- N. Owers, V. Sundararajan, et al. "The effect of increased private health insurance coverage on Victorian public hospitals." *Australian Health Review* (2003)
- F. Short and D. Graefe, "Battery-Powered Health Insurance? Stability in Coverage of the Uninsured", *Health Affairs*, (2003) 6
- P. J. G. Kapteyn and P. Verloren van Themaat, 3rd ed., *Introduction to the Law of the European Communities* (London: Kluwer Law Int., 1998 available at <<http://europe.eu.int/eur-lex/lex/en/index.htm>>.
- Kropotkin, *La Conquête du Pain*, (Paris: Tresse and Stock, 1892) and J. Rawls, *A Theory of Justice*, (Cambridge, Mass: Beknup Press, 1971).
- Travis, S. Bennet, A. Haines, T. Pang, Z. Bhutta, A. Hyder, N. Pielemeier, A. Mills and T. Evans, "Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals", *The Lancet* (2004)
- Productivity Commission, *Private hospitals in Australia*, Commission Research Paper, Canberra: Ausinfo (1999).
- B. Scotton, and C. R. Macdonald, *The making of Medibank*, Sydney: School of Health Services Management, University of NSW (1993).
- Deber, "Why Did the World Health Organization Rate Canada's Health System as 30th? Some Thoughts on League Tables", 2:1 *Longwoods Review* 2 (2003).
- Dworkin, *Taking Rights Seriously* (London: Duckworth, 1978)
- E. Dorrington, D. Bradshaw, L. Johnson and D. Budlender, *The Demographic Impact of HIV/AIDS in South Africa: National Indicators for 2004* (Cape Town: Centre for Actuarial Research, South African Medical Research Council and Actuarial Society of South Africa, 2004).
- E. Moorin and C. D. J. Holman, "Does federal health care policy influence switching between the public and private sectors in individuals?" *Health Policy* (2006)
- R. E. Moorin and C. D. J. Holman, "Modelling changes in the determinants of PHI utilisation in Western Australia across five health care policy eras between 1981 and 2001." *Health Policy* (2007)

- R. E. Moorin, and C. D. J. Holman, "Development of a health care policy characterization model based on use of private health insurance." *Australia and New Zealand Health Policy* (2005)
- R. Moorin, K. J. Brameld, et al., "Health care financing and public responses: use of private insurance in Western Australia during 1980-2001." *Australian Health Review* (2006)
- R. Nozick, *Anarchy, State and Utopia* (Oxford: Blackwell, 1994).
- R. Plant, *Modern Political Thought* (Oxford: Blackwell, 1991), p. 269 and S. Fredman, "Human Rights Transformed: Positive Duties and Positive Rights," *Public Law*, (2006)
- R. Stewart, A. Padarath and C. Milford, "Emerging threats to equitable implementation of ART in South Africa", *Acta Academica Supplementum* (2006) 1, p. 286-308.
- Bennett, "The 1974 joint sitting of Parliament: thirty years on" Research Note (7) 2004-05, Australian Parliamentary Library. Also at <http://www.aph.gov.au/Library/>; accessed 27 December 2007)
- Carney, *Australia in Accord. Politics and industrial relations under the Hawke Government*, (South Melbourne: Sun Books, 1988).
- S. Carter and S. Chapman, "John's \$12 tonic: Press coverage of the government's selling of a private health insurance rebate." *Australian and New Zealand Journal of Public Health* (2001)
- S. Gath, "Enhanced consumer rights in private health care: Have the "Lawrence Amendments" delivered?" *Journal of Law and Medicine* (1999)
- S. Gimbel-Sherr, M. Micek, K. Gimbel-Sherr, T. Koepsell, J. Hughes, K. Thomas, J. Pfeiffer and S. Gloyd, "Using nurses to identify HAART eligible patients in the Republic of Mozambique: results of a time series analysis", *Human Resources for Health* (2007) 5, p. 7.
- S. Hopkins and M. P. Kidd, 'The determinants of the demand for private health insurance under Medicare', *Applied Economics* (1996)
- S. J. Duckett and T. Jackson, "The new health insurance rebate: An inefficient way of assisting public hospitals", *Medical Journal of Australia* (2000)
- S. J. Duckett, "Chopping and changing Medibank part 2: An interpretation of the policy making process", *Australian Journal of Social Issues*, (1980)
- S. J. Duckett, "Living in the parallel universe in Australia: public Medicare and private hospitals." *CMAJ* (2005)
- S. J. Duckett, "Private care and public waiting." *Australian Health Review* (2005)
- S. J. Duckett, "Structural interests and Australian health policy", *Soc Sci Med*, (1984)
- S. J. Duckett, "The Australian Health Care Agreements 2003-2008." *Australian & New Zealand Health Policy* 1: <http://www.anzhealthpolicy.com/content/1/1/5>, (2004).
- S. R. Collins, et al. *Rite of Passage? Why Young Adults Become Uninsured and How New Policies Can Help*, (New York: Commonwealth Fund, 2006)

- S. R. Collins, et al., *Health Coverage for Aging Baby Boomers: Findings from the Commonwealth Fund Survey of Older Adults*, (New York: Commonwealth Fund, 2006)
- S. Sax, *A Strife of interests: Politics and Policies in Australian Health Services*, North Sydney, Allen and Unwin, 1984.
- S. Stjerno, *Solidarity in Europe: The History of an Idea* (Cambridge University Press, 2005).
- S. Weiser, W. Wolfe, D. Bangsberg, I. Thior, P. Gilbert, J. Makhema, P. Kebaabetswe, D. Dickenson, K. Mompati, M. Essex and R. Marlink, "Barriers to antiretroviral adherence for patients living with HIV infection and AIDS in Botswana", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (2003) 3, p. 281-288
- S. Willcox, "A healthy risk? Use of private insurance. Background Paper No. 4", Melbourne National Health Strategy (1991).
- S. Willcox, "Buying best value health care: Evolution of purchasing among Australian private health insurers." *Australia and New Zealand Health Policy* (2005) 2, p. 6. Available at: <http://www.anzhealthpolicy.com/content/2/1/6>.
- S. Willcox, "Promoting private health insurance in Australia." *Health Affairs* (2001) 3, p. 152-161.
- S.J. Duckett, *The Australian Health Care System*. (3rd ed.) (Melbourne: Oxford University Press, 2007).
- Sir John Laws, "The Constitution: Morals and Rights", Public Law, (1996)
- Fox, 'The antipodes. Private practice publicly supported' *Lancet* (1963)
- H. Kewley, *Social security in Australia 1900–72*, (Sydney: Sydney University Press, 1973).
- T. S. Jost, D. Dawson and A. P. den Exter. "The Role of Competition in Health Care: A Western European Perspective" *Journal of Health Politics, Policy and Law* vol 31, no 3 (2006)
- T.H Marshall, *Citizenship and Social Class* (Cambridge University Press, 1950), and, in *health care: Choices in Health Care* (Government Committee on Choices in Health Care, Zoetermeer, The Netherlands, 1992
- the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights (ICESCR), the Council of Europe's Social Charter (ESC) and the European Code on Social Security
- Universal Declaration of Human Rights, Paris, December 10th 1948.
- Kymlicka, *Liberalism, Community and Culture* (Oxford University Press, 1991).
- Stevens, S. Kaye and T. Gorrah, "Antiretroviral therapy in Africa", *British Medical Journal* (2004) 328, p. 280-282.
- Wolfe, S. Weiser, K. Leiter, W. Steward, F. Percy-de Korte, N. Phaladze, N. Lacopino and M. Heisler, *Impact of universal access to antiretroviral therapy on HIV stigma in Botswana*, XVI International AIDS Conference, Toronto (2006).

- W.B. Gallie, "Essentially contested concepts", in *Proceedings of the Aristotelian Society* 56 (1955)
- WHO, Declaration of Alma-Ata (International Conference on Primary Health Care), 1978
- Liu, W. C. Hsiao, et al., "Equity in health and health care: the Chinese experience ". *Social Science & Medicine* (1999)

## المؤلفون في سطور:

- **سيلفيا بورزوتسكي:** أستاذ محاضر للعلوم السياسية والعلاقات الدولية بجامعة كارنيجي ميلون. لها مؤلفات مكثفة حول الأمن الاجتماعي والسياسات الصحية، إضافة إلى الحقل السياسي في تشيلي. ألقت كتاب "صلات حيوية: السياسة والأمن الاجتماعي وعدم المساواة في شيلي (Notre Dame Universit Press, 2002)، ومحرر مشارك لكتاب " ما بعد بينوشيه: الطريق الشيلي للرأسمالية والديموقراطية (University Press of Florida, 2006). وكتبت أيضا أكثر من ٣٠ مقالة حول السياسة والأمن الاجتماعي والسياسات الصحية والشأن السياسي في أمريكا اللاتينية والعلاقات الدولية. وهي تعكف حاليا على تحرير كتاب عن حكومة باتشيليت في شيلي.
- **مارتن إيه جيه إم بوييسن:** محام متخصص في القضايا الصحية وفيلسوف قانون، يعمل أستاذا مساعدا في قسم السياسة الصحية والإدارة الصحية بمركز إرازموس الطبي (جامعة إرازموس بروتردام). يتأسس حاليا قسم القانون الصحي.
- **ستيفان دوكيت:** اقتصادي، ويرأس فريق الإصلاح في مؤسسة كوينزلاند الصحية، كان وزيرا لوزارة الصحة الأسترالية من عام ١٩٩٤ إلى ١٩٩٦، ونقلد مناصب قيادية في إدارة الصحة الفيكترورية بجامعة ترروب ويتأسس مجلس الإدارة الحاكم لمؤسسة ألفريد وإخوان سانت لورنس. اعترف قرناؤه عام ٢٠٠٤ بتفوقه الأكاديمي، عندما انتخبوه زميلا في أكاديمية العلوم الاجتماعية بأستراليا، وفي ٢٠٠٦ مُنح بواسطة جامعة جنوب ويلز الجديدة جائزة الدكتوراه العليا في العلوم ( Doctor of Science)، بناء على أعماله المنشورة، وهو أستاذ زائر في جامعة جريفيث وجامعة كوينزلاند.
- **أندريه دن إكستر:** محاضر في القانون الصحي بمركز إرازموس الطبي/جامعة إرازموس بروتردام، هولندا. ومنذ عودته إلى جامعة إرازموس في ٢٠٠٨، تركزت أبحاثه على القانون الصحي الدولي والأوروبي. قبل عودته إلى روتردام، عمل

محاضرا في القانون الأوروبي بجامعة رادبود نيميغن، قسم القانون الدولي والأوروبي.

- كولين إم فلوود: رئيس كرسي الأبحاث الكندي والمدير العلمي لمعاهد الأبحاث الصحية الكندية، ومعهد أبحاث السياسات والخدمات الصحية، وهي أيضا أستاذ مساعد للقانون في جامعة تورنتو، ومعيّنة في الوقت نفسه بقسم السياسة الصحية والإدارة والتقييم ومدرسة السياسات العامة. الميدان الأولي لعملها الأكاديمي ينصب على سياسات الرعاية الصحية المقارنة، والتمويل الخاص/العام لنظم الرعاية الصحية، وإصلاح الرعاية الصحية، وقضايا القابلية للمساءلة والحوكمة. هي مؤلفة ومحررة خمسة كتب، تتضمن:

1. International Health Care Reform: A Legal, Economic and Political Analysis (Routledge, 2000),
2. Access to Care, Access to Justice: The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada (UTP, 2005)
3. Just Medicare: What's In, What's Out, How We Decide (UTP, 2006),
4. Canadian Health Law and Policy (3rd ed.) (Butterworths, 2007),
5. Administrative Law in Context (Emond Montgomery, 2008).

- ليزا فورمان: زميلة ما بعد الدكتوراه بجامعة تورنتو، تقوم بالبحث في مسائل الحق في الصحة، والقدرة على الوصول إلى الدواء وقواعد التجارة. حاصلة على مؤهل حقوقي وتعمل محامية في جنوب أفريقيا مع بكالوريوس وماجستير من جامعة ويتواترراند. حاصلة على دراسات عليا في حقوق الإنسان من جامعة كولومبيا ودكتوراه في العلوم القانونية من كلية الحقوق بجامعة تورنتو. موضوع رسالتها للدكتوراه يستكشف دور حقوق الإنسان في زيادة القدرة على الوصول إلى عقاقير

علاج الإيدز، بالتركيز على جنوب أفريقيا كدراسة حالة، تتضمن اهتماماتها البحثية الحق في الصحة والسياسة الدوائية العالمية، وقانون ونظرية حقوق الإنسان، ومسئولية الشركات الكبرى في ظل قانون حقوق الإنسان.

- **تيموثي ستولجفوس جوست:** يحمل أستاذية عائلة روبرت إل. ويليت بمدرسة الحقوق بجامعة واشنطن ولي، وهو مؤلف مشارك كتاب "حالة القانون الصحي"، الذي ينتشر استخدامه في أنحاء الولايات المتحدة لتدريس القانون الصحي، وهو أيضا مؤلف كتاب "الرعاية الصحية في خطر، نقد الحركة المدفوعة بالمستهلكين" (consumer-driven movement)، وكتاب "محددات تغطية الرعاية الصحية: دراسة دولية مقارنة"، وكتاب "قراءات في قانون الصحة المقارن والأخلاقيات الحيوية"، والعديد من المقالات وفصول الكتب حول تشريعات الرعاية الصحية التنظيمية وقانون وسياسات الصحة المقارنة.

- **مينه كانج كم:** أستاذ مساعد في قسم الإدارة العامة بجامعة إيوها وومانز، بكوريا الجنوبية، وهي أيضا مدير مساعد معهد التنمية القيادية بإيوها. بعد حصولها على الدكتوراه في برنامج السياسة الصحية بجامعة هارفارد، عملت الدكتورة كانج محاضرا بمدرسة الطب في هارفارد وعالما مساعدا بمعهد السياسة الصحية بمستشفى ماساشوسيتس العام في بوسطن. نشرت الدكتورة كيم مقالات في جرائد مثل شؤون الصحة والرعاية الطبية وJAMA. يتعلق آخر أبحاثها بالتفاوت في قضايا الصحة والنوع، وتحليل سياسي للسياسة الصحية.

- **فيفيان لين:** تتقلد رئاسة الصحة العامة في جامعة لا تروب منذ منتصف عام ٢٠٠٠، وكانت رئيس مدرسة الصحة العامة حتى ٢٠٠٥. من عام ١٩٩٧ إلى حينئذ، شغلت الرئيس التنفيذي للبرنامج القومي الأسترالي للمشاركة في الصحة العامة. في السابق تقلدت مناصب كبرى في وزارة الصحة ولجنة الأمن والصحة المهنية القومية وقسم الصحة الفيكتوري (وخلفاؤه)، وهي رئيس مجلس إدارة شبكة معاهد الصحة العامة الأكاديمية (ANAPHI)، والرئيس الفخري لهيئة تسجيل الطب الصيني لفيكتوريا (منذ ٢٠٠٠)، وعضو المجلس الصيني الأسترالي (منذ



٢٠٠٦). انتخبت في عام ٢٠٠٧ نائب رئيس الشؤون العلمية للاتحاد الدولي لتعزيز والتقيف الصحي (IUHPE). شاركت في تأليف وتحرير عدد من النصوص الرئيسية في أستراليا، في التخطيط الصحي والسياسة الصحية وأعمال الصحة العامة. تشمل مؤهلاتها الدراسية بكالوريوس البيولوجي من جامعة يال والعلوم السياسية وماجستير ودكتوراه في الصحة العامة من جامعة بيركلي، حيث ركزت اهتماماتها الوبائيات الاجتماعية والصحة المهنية والسياسة الصحية. يغطي اهتمام فيفيان البحثي الاقتصاد السياسي للصحة والرعاية الصحية والعولمة والتنمية الصحية وتنفيذ السياسات والنظم الصحية والإصلاحات الصحية المقارنة.

- كريس نيودايك: محام أمام المحكمة العليا، وأستاذ قانون صحة بجامعة رينج بالمملكة المتحدة. خدم في لجنة الدواء بوزارة الصحة بالمملكة المتحدة، وأعطى شهادة أمام لجنة الصحة بمجلس العموم حول معهد الصحة الوطني والتميز الإكلينيكي، وهو مستشار فخري لاتحاد الرعاية الأولية ببيركشاير الغربية وعضو لجنة أولويات بيركشاير التي تقدم النصح السلطات الصحية حول تخصيص موارد الرعاية الصحية، وهو مستشار الجمعية الطبية البريطانية لحزب العمال حول الحصص المجانية في نظام الخدمات الصحية الوطني، وهو مؤلف من بين مدى واسع من النشر في مجال قانون وأخلاقيات الرعاية الصحية، قام بتأليف "من يجب علينا أن نعالجه؟ الحقوق والحصص المجانية والموارد في نظام الخدمات الصحية الوطني (مطبوعة جامعة أكسفورد ٢٠٠٥).

- بول شوكينز: أستاذ قانون الأمن الاجتماعي (المقارن والدولي والأوروبي) بجامعة لوفن الكاثوليكية، وهو المنسق العام لمعهد الأمن الاجتماعي الأوروبي، داخل جامعة لوفن، يعمل شوكينز في القسم الأوروبي من معهد القانون الاجتماعي، المنظم كوحدة أبحاث للأمن الاجتماعي الأوروبي، ويشارك شوكينز في تنظيم ماجستير الأمن الاجتماعي الأوروبي والمدرسة الصيفية للأمن الاجتماعي، وهو مدير برنامج البرنامج المتخصص، وهو دورة دراسية لمدة أسبوعين يعطي مقدمة عامة في الحماية الاجتماعية عبر أوروبا من منظور المجالات الأكاديمية.

- **نينا فينسترا:** كانت حتى أواخر ٢٠٠٧ كبيرة زملاء الأبحاث في قسم الأبحاث حول اقتصاديات الصحة وفيرس نقص المناعة البشري/الإيدز بجامعة كوازولو- ناتال. تخرجت نينا أوليا كأخصائية علاج طبيعي، ولكنها حصلت فيما بعد على ماجستير الصحة العامة من جامعة كيب تاون. أكملت مؤخرا أطروحة الدكتوراه من خلال جامعة كوازولو- ناتال في مجال السياسة الصحية وفيرس نقص المناعة/الإيدز. تتمحور اهتماماتها البحثية حول أثر فيروس نقص المناعة/الإيدز على النظم الصحية في أفريقيا جنوب الصحراء وإستراتيجيات إدارة مناسبة ومعدلة.
- **سوجيت خافيير:** بكالوريوس في الفنون، وبكالوريوس القانون وحقوق الإنسان وماجستير في القانون، كان باحثا مساعدا في قانون الصحة ومدير أبحاث بكلية الحقوق، جامعة تورنتو. هو مرشح للدكتوراه حاليا في مدرسة أوسجود للقانون، بجامعة يورك في كندا.
- **هونجوين جاو:** يعمل حاليا باحث ومدير إدارة الصحة الدولية لمعهد اقتصاديات الصحة الوطني بوزارة الصحة الصينية. حصل على ماجستير الاحصاء الحيوي في الصين وماجستير الصحة العامة بالولايات المتحدة الأمريكية ودكتوراه الصحة العامة من استراليا. عمل كأخصائي صحي ومدير مشروع في وزارة الصحة ومكتب البنك الدولي في الصين لأكثر من عشر سنوات. كان مساعد المدير العام لمركز الموارد البشرية الصحية ومدير مشروع دعم السياسة الصحية في إدارة السياسات والتشريع بوزارة الصحة. تتعلق أبحاثه بتشريعات الرعاية الصحية التنظيمية، والحوكمة والسوق ودور المجتمع المدني وتشكيلاته في النظام الصحي أثناء فترة الانتقال إلى اقتصاد السوق.

المترجمان في سطور:

د. أحمد زكي

- طبيب وباحث ومترجم.

- كبير أخصائيين بوزارة الصحة المصرية في مجال الرعاية الصحية الأولية بالريف والحضر.

من أهم أعماله:

- ترجمة كتاب "إصلاح حقيقي للقطاع الصحي: مرشدك إلى تحسين الأداء والإنصاف" - المركز القومي للترجمة بمصر، ٢٠٠٩.
- ترجمة كتاب "أرواح في خطر: الصحة العامة في مصر إبان القرن التاسع عشر، ٢٠١٠" (تحت الطبع)
- إعداد كتاب "الأناركية، المدرسة الثورية التي لم نعرفها". دار الخماسين، يناير ٢٠١١.
- إعداد "تقرير صحة المراهقين في مصر: تحليل الوضع وتحليل الاستجابات"، ٢٠١٢.
- ترجمة "الحقيقة والأكاذيب في مجال الصحة العامة: ماذا يصيبنا عندما يصطدم العلم بالسياسة"، المركز القومي للترجمة، مصر.

د. علاء غنام

- طبيب وباحث ومترجم.

- استشاري الصحة النفسية للأطفال.

- خبير في سياسات الإصلاح الصحي.

- مدير عام سياسات الإصلاح الصحي - وزارة الصحة المصرية (سابقاً).

- مدير برنامج الحق في الصحة بالمبادرة المصرية للحقوق الفردية (حالياً).

## من أعماله:

- مؤلف لعدد من البحوث والدراسات والمقالات المنشورة حول الطفولة وصحة الطفل في كل من جرائد الأهرام والأهالي والعالم اليوم والبديل والعربي الكويتية والمجلس المصري للطفولة.
- كتاب صحة الطفل النفسية والعقلية، ١٩٩٢ دار يافا للنشر.
- كتاب "العنف وحقوق الطفل" المركز القومي لثقافة الطفل ١٩٩٥.
- شارك في ترجمة كتاب "خرافة التنمية"، ١٩٩٦، مركز الدراسات القانونية لحقوق الإنسان .
- مراجعة كتاب "إصلاح حقيقي للقطاع الصحي: مرشدك إلى تحسين الأداء والإنصاف"، المركز القومي للترجمة- مصر، ٢٠٠٩.

المراجع فى سطور:

د. محمود خيال

- تخرج فى كلية الطب، جامعة القاهرة فى عام ١٩٦٤.
- حصل على الدكتوراة من جامعة هايدلبرج بألمانيا فى عام ١٩٧١.
- يعمل حاليا أستاذًا غير متفرغ بكلية الطب - جامعة الأزهر بقسم الأدوية (الفارماكولوجي).
- له اهتمامات علمية واجتماعية وثقافية متعددة، وعضو مجلس إدارة الاتحاد الدولي للفارماكولوجيا الإكلينيكية، وعضو لجنة الثقافة العلمية بالمجلس الأعلى للثقافة، وعضو لجنة الترجمة العلمية بالمركز القومي للترجمة.
- من أهم أعماله:
- ترجمة كتابي "الإسلام والعلم" و "صخور الزمان" إلى جانب عدد آخر من كتب تبسيط العلوم ومقالاتها.

التصحيح اللغوي: عبد الرحيم عامر  
الإشراف الفني: حسن كامل